

Revista del Hospital Materno Infantil RAMON SARDA

"Publicar es sinónimo de trabajo, de esfuerzo, de estudio, de sabiduría"



Año 2007
Volumen 26
Número 1

Editor Responsable

Asociación de Profesionales del
Hospital Materno Infantil Ramón Sarda

Director Publicaciones

Dr. Carlos Grandi

Sub-Director

Publicaciones

Dr. Eduardo Valenti

Comité de Redacción

Dr. Liliana Botto
Dr. Susana Der Parseghian
Dr. Cecilia Estiú
Dr. Víctor Feld
Dr. Horacio García
Lic. María Aurelia González
Dr. Carlos Grandi
Dr. Celia Lomuto
Dr. Lydia Otheguy
Dr. Iris Schapira
Dr. Oscar Torres
Dr. Eduardo Valenti
Dr. Mónica Waisman

Consejo Asesor

Dr. Miguel Larguía
Dr. Eric Ulens

Secretaría

Esteban de Luca 2151
(1246) Buenos Aires • Argentina
Telefax: 4943-7779 • website: www.sarda.org.ar
E-mail: asociacionsarda@yahoo.com.ar

Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales del Hospital M.I. Ramón Sarda

Presidente: Dra. Elsa Andina
Vicepresidente: Dr. Carlos Rossi
Secretario General: Dr. Víctor Feld
Secretaría Actas: Dra. Blanca Ruiz
Tesorera: Lic. Gabriela Tortosa
Vocales: Dra. María Cristina Fenucci
Dra. María Salome Outes
Lic. Gabriela Dolinsky
Dr. Hugo Trevani
Lic. Sandra Prinotti
Dr. Alfredo Colombo
Obs. Alicia Pecora
Dra. Graciela Calderón
Dra. María del Carmen Perego
Dra. Mónica Waisman
Obs. Beatriz Ferrari
Tribunal de Honor: Dr. Eric Ulens
Dra. Cristina Celesia

Incorporado al Índice LILACS

(Literatura Latinoamericana para las Ciencias de la Salud). OMS/OPS

Indizada en IMBIOMED. <http://www.imbiomed.com>

Suscripciones anuales: \$15 / Precio por número: \$5

Producción gráfica: IDEOGRAFICA ☎ 4327-1172



ideografica@interlink.com.ar

SUMARIO

EDITORIAL

- 2 Programa maternidades centradas en la familia
Dra. Evangelina Dipiatrantonio,
Dr. Javier Meritano, Dr. Tomás Guanella,
Dra. Constanza Soto Conti, Dra. Paula Cocha,
Dra. Marcela Zárate, Obstétrica Dalma Cáceres,
Dra. Natalia Basualdo, Dr. Alejandro Dinerstein,
Lic. María Aurelia Gonzáles y
Lic. María Rosa Ramirez

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 4 Tratamiento de la enfermedad periodontal
y riesgo de parto prematuro
Bryan S. Michalowicz, James S. Hodges,
Anthony J. DiAngelis, Virginia R. Lupo,
M. John Novak, James E. Ferguson,
William Buchanan, James Bofill,
Panos N. Papapanou, Dennis A. Mitchell,
Stephen Matseoane y Pat A. Tschida,
para el estudio OPT
Traducción: Dr. Oscar Torres

- 15 Parto vaginal después de una cesárea
Dres. J. Campos Flores, J. Álvares, P. García,
M. Rojas, C. Nemer y M.C. Estiú

ARTÍCULOS ESPECIALES

- 21 Comentarios y aportes sobre desarrollo e
inteligencia sensorio-motriz en lactantes.
Análisis de herramientas de evaluación de
uso frecuente. Actualización bibliográfica
Dra. Iris T. Schapira

- 28 Programa de ingreso de familiares a unidades
de internación neonatológicas
Dra. María A. González

GUÍAS Y RECOMENDACIONES

- 37 Guías de práctica clínica. Distocia de hombros
Dres. Eduardo A. Valenti, Elsa Andina,
Alberto Rey, Guillermo Oría, Cecilia Estiú,
Evaristo Cruz Molina, Jorge Beatti,
Rubén Almada, Mónica Ingilde y
Residentes de Tocoginecología

- 42 Cursos de Postgrado 2007

- 45 CARTAS DE LECTORES

- 46 FE DE ERRATAS

- 47 REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Se publicarán:

- Trabajos de:
 - Investigación clínica o experimental.
 - Casuística.
 - Actualización.
- Ateneos anatómo clínicos y clínicos, etc.

Los autores de los trabajos pueden ser profesionales de todas las ramas del Equipo de Salud de la Perinatología, pertenecientes o no a este hospital.

Los artículos se distribuirán según las siguientes secciones:

1. Editorial
2. Artículo original
3. Artículo especial
4. Progresos en Perinatología
5. Casuística
6. Estadísticas
7. Actualización
8. Guías y recomendaciones
9. Anuncios
10. Cartas al Editor
11. Reglamento de publicaciones
12. Índice acumulativo

I. Trabajos de Investigación

Para su publicación deberán reunir las siguientes condiciones:

1. Ser **inédito**, no admitiendo que se publique al mismo tiempo en otro medio de difusión sin expresa autorización de esta Comisión de Redacción.
2. Estar escrito en **castellano**.
3. **Texto**: no deberá exceder de **6 páginas**. Deberán entregarse original y copia (legibles) escritos a *doble espacio, letra arial tamaño 12*, sobre papel blanco tamaño *carta*; páginas *numeradas* en el borde superior derecho, comenzando por la primera. Debe tenerse en cuenta que una o dos páginas como las descriptas ocuparían una página en la revista, siempre que los renglones midan unos 16 cm de ancho (aproximadamente 65 renglones corresponden a una página de la revista).
En el caso de que el original se haya escrito en un procesador de texto, se ruega enviar una copia en *soporte magnético* (disquete de alta densidad -floppy disk- o disco compacto - CD) y otra en *papel*, aclarando el nombre del programa utilizando (por ejemplo: "Word", etc.).
4. Grabados: las **tablas y figuras** (dibujos y fotografías) irán numerados correlativamente y se realizarán en hojas por separado y deberán llevar un título. Los números, símbolos y siglas serán claros y concisos. Las cifras en *miles* se separarán por un punto (ejemplo 2.400 y no 2400) y los *decimales* por una coma (ejemplo 9,76 y no 9.76). Las **fotografías** que se deseen publicar deberán entregarse en papel, y en blanco y negro bien tomadas. Detrás de la fotografía deberá el autor del trabajo, mediante una flecha, señalar la orientación de la misma. Con letras de "impresión" también deberá agregar la leyenda que la

acompañe y, aparte, señalar el trabajo al que corresponde de la misma. Fotos color sobre papel. Se pueden publicar también, pero con una merma en la definición de los detalles: las fotos de observaciones microscópicas llevarán el número de la ampliación efectuada.

Dibujos y gráficos: generados por computador deben grabarse en formatos *xls y/o jpg* siempre que tenga el respaldo de la tabla de origen de los datos.

Se aceptará un **máximo de 7 tablas** o figuras y **3 fotos**.

5. **Autorizaciones**: corresponde a los autores obtener los permisos de editoriales para reproducir gráficos, tablas o textos y presentarlos por escrito a la Comisión de Redacción; caso contrario, el material no será publicado.

Forma de presentación

Los artículos se adaptarán en general a la siguiente secuencia:

1. **Portada**. Incluirá: 1) título del trabajo (máximo **50** caracteres contando espacios); 2) nombre(s) y apellido(s) del autor(es) en orden correlativo; si hay más de seis (6) autores colocar *et al*; 3) profesión y cargos de los autores; 4) nombre de la Institución donde se ha efectuado el trabajo y la dirección y correo electrónico del autor principal o de aquél a quien dirigirle la correspondencia; 5) fecha de realización del trabajo.
2. **Resumen** en castellano: no deberá exceder de **250 palabras**. Constará de las siguientes secciones: objetivos, material y métodos, resultados y conclusiones. No usar abreviaturas.
3. **Palabras claves**: cinco (5) como máximo.
4. **Texto**: las hojas deberán estar *numeradas* y seguir la siguiente secuencia:
 - a. **Introducción**: planteo del problema, relación con otros trabajos de la literatura sobre el mismo tema y objetivos (e hipótesis si correspondiera).
 - b. **Material y métodos**. Especificar diseño y población (con tipo de muestra y técnica de muestreo). Citar *métodos estadísticos* utilizados y *programas* de computación empleados.
 - c. **Resultados**. En relación con los objetivos propuestos. No repetir lo presentado en tablas y gráficos.
 - d. **Discusión**. Remitirse *exclusivamente* a los **resultados**, con contratación con los hallazgos de la literatura. Mencionar ventajas y limitaciones del estudio.
 - e. **Conclusiones**. No más de cuatro líneas que resuman los hallazgos principales, sugerencias y recomendaciones cuando correspondan.
 - f. **Agradecimientos**: cuando se lo considere necesario y en relación a personas e instituciones.
 - g. **Bibliografía**: deberá contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con un orden aparición en aquél. Emplee el estilo *Vancouver* de los ejemplos que aparecen más adelante, los cuales están basados en el formato que la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) de los Estados Unidos usa en el Index Medicus. Abrevie los títulos de las revistas *de conformidad con el estilo utilizado* en dicha publicación. No deberá exceder las **30** citas.

Ejemplos:

• **Artículo de revista**

a. *Artículo de revista ordinario*

Enumere los primeros seis autores y, si son más, añada la expresión "et al".

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124(11):980-3.

Optativamente, si se utiliza la paginación continua a lo largo de un volumen (como hacen muchas revistas médicas), se pueden omitir el mes y el número:

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996; 124: 980-3.

Más de seis autores:

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73:1006-12.

b. *Número sin volumen*

Tura I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

c. *Sin número ni volumen*

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

• **Libros y otras monografías**

a. *Individuos como autores*

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

b. *Directores ("editores")*, compiladores como autores

Norman LJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

c. *Capítulo de libro*

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

d. *Tesis doctoral*

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (tesis doctoral). St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

• **Otros trabajos publicados**

a. *Material audiovisual*

HIV+/AIDS: the facts and the future (video-cassette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

b. *En prensa o "en preparación"* (forthcoming)

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1996.

• **Material en soporte electrónico**

a. *Artículo de revista en formato electrónico*

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (publicación periódica en línea) 1995 Jan-Mar (citada 1996 Jun 5); 1(1):(24 pantallas). Se consigue en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

b. *Monografía en formato electrónico*

CDI, clinical dermatology illustrated (monografía en CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

II. Trabajos de casuística

Tendrán una extensión máxima de 3 hojas de texto escritas a máquina o a doble espacio, con 4 ilustraciones (tablas o cuadros o fotos); el resumen en castellano no excederá las 50 palabras y la bibliografía no tendrá más de 10 citas. El texto comprenderá una leve introducción, presentación del caso o los casos y discusión o comentario.

III. Trabajos de actualización bibliográfica

Se trata de artículos en los que, sobre la base de una exhaustiva revisión de la literatura reciente acerca de un tema, integrado con la experiencia del autor, se actualiza un aspecto trascendente de la Perinatología. Incluirá: introducción, desarrollo del tema, resumen, comentario y bibliografía.

IV. Editoriales

Tratarán sobre temas fundamentales de la Perinatología o comunicaciones de interés general. Podrán ser redactados por el Comité de Redacción o por personas de notoria experiencia, invitadas especialmente. En todos los casos llevarán la firma del autor. Su extensión óptima será de 2 páginas, incluyendo la bibliografía.

V. Cartas al editor

Siempre que se considere necesario, la revista publicará cartas relacionadas con artículos aparecidos en ella (comentarios, contribuciones, aclaraciones, objeciones). Su extensión será de una página, incluyendo 3 referencias bibliográficas.

Cuando corresponda, se entregará copia al autor principal del artículo implicado y su respuesta aparecerá a continuación de la carta del lector.

Aprobación de trabajos

Todos los trabajos serán enviados con una carta solicitando su publicación firmada por los autores. A continuación se enviará a los *revisores* para su evaluación pudiendo presentarse tres situaciones: 1) *rechazado* para su publicación. El Comité de Redacción se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente a este Reglamento, o que no posean el nivel de calidad mínimo exigible de acuerdo con la jerarquía de la publicación; 2) *aceptado* para publicación sin enmiendas y 3) *aceptado* para publicación *con* enmiendas. En este último caso, le será devuelto al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones.

Responsabilidad

La responsabilidad por el contenido, opiniones vertidas y autoría de los trabajos corresponden exclusivamente a el/los autores. La revista no se responsabiliza por la pérdida de los originales durante su envío. Los originales no se devuelven y quedarán en el archivo de la revista.

Instrucciones para el envío

a. Por correo electrónico (e-mail)

1. *Para:* sarda@intramed.net

2. *Asunto:* Publicación Rev. Sardá

3. *Cuerpo del mensaje:* debe contener el Título del artículo, nombre del autor responsable y una breve nota solicitando su publicación.

4. *Archivo adjunto:* conteniendo el artículo; debe permitir su lectura bajo los programas de **Microsoft Office®** (ejemplo *Word, Excell*) o, excepcionalmente, Linux.

b. Por correo postal

1. Enviar para:

Director de Publicaciones Revista Sardá
Esteban de Luca 2151 (CP 1425)
Buenos Aires, Argentina

2. Incluir una carta dirigida al *Director de Publicaciones* solicitando su publicación y firmada por todos los autores.

3. Texto: ver acápite I.3.

Dirección electrónica: sarda@intramed.net

Actualizado a abril de 2005.

FE DE ERRATAS

Esta **Tabla 8** reemplaza a la publicada en la *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2006; 25 (4): 187*.

Defunciones neonatales

Tabla 8. Sobrevida neonatal según peso de nacimiento. HMIRS 2005.

Peso al nacimiento (g)	Nacidos vivos	Fallecidos menos de 28 días	FIP	Malformados e hidrops fallecidos	Fallecidos ≥ 29 días	% sobrevida neonatal excluyendo malformados e hidrops	% sobrevida post neonatal ≥29 días
501-749	15	14	3			6,7	6,7
750-999	25	9	0	2	1	69,6	65,2
1.000-1.249	27	6	1	3	1	87,5	83,3
1.250-1.499	26	1	0	1		100,0	100
1.500-1.749	57	7	1	6		98,0	98,0
1.750-1.999	68	6	1	4		96,9	96,9
2.000-2.249	146	7	2	6		99,3	99,3
2.250-2.499	231	5	1	4		99,6	99,6
2.500-2.999	1.243	5	1	5	1	100,0	99,9
≥3.000	5.263	7	2	1		99,9	99,9
Totales	7.101	67	12	32	3	99,5	99,0

TMN <1.500 g: 32,2%. FIP: Fallecidos inmediatamente al parto (Apgar 1'= 1; 5'= 0).

Prematuros (EG≤36 semanas): 633 (8,9%)

Prevalencia RN <1.500 g	1,3 %
Prevalencia RN <2.500 g	8,4 %
Mortalidad neonatal corregida (excl. <750 g, malformados e hidrops)	2,83 por mil
Mortalidad neonatal corregida (excl. malformados e hidrops)	4,93 por mil
Mortalidad neonatal corregida (excl. <750 g)	7,90 por mil
Mortalidad Neonatal global (≤ 28 días)	9,44 por mil
Mortalidad neonatal global + postneonatal global	9,86 por mil
Sobrevida neonatal para grupo <2.500 g y ≥ 750 g	92,9 %
Derivados n (%)	0
Contribución de los RN Malformados a la mortalidad neonatal	47,7 %
Contribución de los RN <750 g a la mortalidad neonatal	20,8 %
Índice TMN (global)/IMBP	0,75 %
Índice TMN (corregida >750 g excl. malformados)/IMBP	0,23
Sobrevida de los ingresos a UCIN (%)	94,5
Estimado de RN internados en cuidados especiales (n)	1.278

Carta de Lector

San José, 02-02-2007

Me llamo Odette M. Escobar Santiago y soy estudiante de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Actualmente me encuentro realizando mi internado en Psicología Clínica a la vez que intento terminar mi propuesta para mi trabajo de disertación.

Hace alrededor de cuatro o cinco años atrás tuve la oportunidad de tomar un curso sobre el trabajo clínico con infantes con problemas y deficiencias en el desarrollo, el cual me permitió tener la experiencia de acompañar a una madre y a su bebé prematuro y bajo peso, mientras éste se encontraba internado en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de un hospital público de mi país. A raíz de esa experiencia surgió en mí el interés por el trabajo y la investigación con esta población, ante todo por la necesidad que existe en los hospitales de mi país de la presencia de psicólogos/as dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Durante el año 2005 participé en un trabajo investigativo exploratorio que fue presentado en el 30º Congreso Interamericano de Psicología, celebrado en su país (Buenos Aires). El mismo tenía como título: *Análisis sobre la percepción materna en un grupo de madres de infantes prematuros-bajo peso: Implicaciones para la práctica clínica.*

Todos estos trabajos han ido conformando mis ideas e inquietudes entorno a lo que eventualmente

será mi trabajo de Tesis, al cual me encuentro dándole forma en estos momentos.

A partir de todos estos años **mucha de la literatura consultada ha sido producto de los trabajos realizados y presentados en la Revista generada en el Hospital Sardá.** Entiendo que este hospital ha sido creado y estructurado tomando como base lo que sería un real respeto por la relación materno-infantil y sobre todo la consideración de los infantes prematuros y bajo peso como personas, o como sujetos.

Quisiera que mi trabajo de investigación de alguna manera diera base para dar cuenta de la necesidad de re-evaluar las maneras en las que se ha estado trabajando con esta población dentro de los hospitales en mi país.

Querría saber si existe la posibilidad de crear algún tipo de lazo con la institución de modo que puedan servirme de guía para este trabajo, por ejemplo por medio de sugerencias para la lectura.

Les agradezco su tiempo y sobre todo **les felicito por el trabajo que realizan en su país y esperamos que los esfuerzos realizados por ustedes puedan ser también llevados a cabo en los hospitales de otros países, como el mío.**

Con mucho respeto desde Puerto Rico,

Odette M. Escobar Santiago, BA.
Estudiante de Psicología Clínica a nivel Doctoral
Universidad de Puerto Rico, Río Piedras
odie_arty@yahoo.com

*“Algunos creen que la **ciencia** es un lujo y que los grandes países gastan en ella porque son ricos. Grave error: gastan en ella porque es un gran negocio y porque en esa forma se enriquecieron. No gastan en ella porque son ricos y prósperos, sino que **son ricos y prósperos porque gastan en ella**”.*

BERNARDO HOUSSAY
(1960)



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDÁ
COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

CURSOS DE POSTGRADO 2007

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. Nombre del Curso/Actividad | 5. Lugar de actividades |
| 2. Directores, Coordinadores. | 6. Días |
| 3. Destinatarios | 7. Horario |
| 4. Número de vacantes | 8. Duración total en horas |
| | 9. Arancel |

MARZO

1. “Curso Hospitalario de Gestión y Conducción Estratégica de las Organizaciones de Salud”

2. *Dra. Elsa Andina, Dra. Lydia Otheguy, Dr. Jorge Grana.*
3. Graduados universitarios vinculados al sector salud.
4. 40.
5. Aula 3^{er}. piso.
6. Miércoles y último sábado de cada mes. Desde el 14 de marzo al 28 de noviembre.
7. Mie 13, 30 hs. a 18, 30 hs. Sábados 8 a 13 hs.
8. 500 hs. 240 hs. teóricas, 80 hs. prácticas y 60 hs. Trabajo final de integración 120 hs.
9. A determinar.

1. “Urgencias en Obstetricia”

2. *Dr. Eduardo Valenti, Dra. Mónica Ingilde.*
3. Médicos Tocoginecólogos y Obstétricas.
4. 70.
5. Aula 3^{er}. piso.
6. Miércoles por medio desde el 14 de marzo al 12 de diciembre inclusive.
7. 11 a 13 hs.
8. 40 hs de clases y una Guardia de 12 hs.
9. A definir.

1. “Actualización en Obstetricia 2007”

2. *Dra. Elsa Andina, Dra. Ingrid Di Marco.*
3. Médicos y otros Profesionales del área perinatal.

4. 60.
5. Aula 3^{er}. piso.
6. Miércoles por medio. Desde el 21 de marzo al 21 de noviembre.
7. 11,30 a 13 hs.
8. 50 hs. 40 hs teóricas y 10 hs. prácticas.
9. A definir.

1. “Salud Mental en Perinatología”

2. *Lic. Silvana Naddeo, Lic. María Aurelia González.*
3. Lic. en Psicología y carreras afines.
4. 30.
5. Aula de Salud Mental.
6. 19 de marzo al 26 de noviembre.
7. 10.30 a 13.30 hs.
8. 110 hs.
9. A definir.

1. “Implantación asistida de la norma de formación ISO 15189. Formación de Auditores de Sistemas de Calidad”

2. *Dra. María del Carmen Perego, Dra. Graciela Brioso, Dra. Susana I. Passaggio.*
3. Profesionales y técnicos de laboratorios clínicos.
4. 40 arancelados y 10 becados.
5. Salón Auditorio.
6. 30 de marzo a 30 de noviembre.
7. 9 a 17 hs.
8. 400 hs.
9. Arancel mensual \$220.

ABRIL

1. **“Medicina Legal en Tocoginecología”**
 2. *Dr. Alberto Rey.*
 3. Tocoginecólogos, Obstetras, Ginecólogos, Residentes de Tocoginecología, Obstétricas, Residentes de Obstetricia, Enfermeros.
 4. 70.
 5. Aula 3^{er}. piso.
 6. Lunes 16 de abril al 14 mayo.
 7. 11 a 13 hs.
 8. 12 hs.
 9. A determinar.
-
1. **“Curso Introductorio a la problemática de la Violencia Familiar y de Género”**
 2. *Comité de Prevención, Detección y Asistencias de Casos de Violencia y Abusos Intrafamiliar. Lic. Gabriela Tortoza.*
 4. 60.
 5. Aula 3^{er}. piso.
 6. Martes 3 de abril a 24 de abril.
 7. 10.30 a 13.30 hs.
 8. 12 hs.
 9. A determinar.

MAYO

1. **“Curso Anual de Perinatología 2007”**
2. *Dr. Lydia Otheguy, Dra. Ingrid Di Marco, Dra. Cristina Laterra, Dr. Alejandro Dinerstein, Dra. Norma Aspres, Dr. Claudio Solana, Dr. Sergio Casini.*
3. Equipo de Salud Perinatal.
4. 70.
5. Aula 3^{er}. piso.
6. 1^{er}. viernes de mes, de mayo a noviembre.
7. 11 a 14 hs.
8. 110 hs., 90 teóricas y 20 prácticas.
9. A definir.

1. **“Actualización en centro de lactancia materna, bancos de leche humana y sectores de elaboración de formulas lácteas”**
2. *Lic. Odelza Vega.*
3. Médicos pediatras y neonatólogos, nutricionistas, bioquímicas, enfermeros.
4. 60.
5. 3^{er}. piso.
6. Lunes 21 y 28 de mayo.
7. 9 a 13 hs.
8. 8 hs.
9. A definir.

1. **“Actualización en Ginecología”**
2. *Coordinador: Dr. Eduardo Valenti.*
3. Médicos Tocoginecólogos.
4. 60.
5. 3^{er}. piso.
6. Martes 8 de mayo a 26 de junio.
7. 11 a 13 hs.
8. 16 hs.

JUNIO

1. **“Búsqueda Bibliográfica y Evaluación Crítica de la Literatura”**
2. *Dra. Lidia Otheguy, Dra. Elsa Andina, Dra. Zulma Ortiz.*
3. Profesionales que desarrollen tareas en el área de salud.
4. Aula 3^{er}. piso y prácticos de computación 2^o piso Neonatología.
5. 4 de junio a 29 de junio.
6. Teóricos, lunes y viernes de 11 a 14 hs; prácticos, martes de 14 a 17 hs.
7. 50 hs.
8. A determinar.

AGOSTO

1. **“Curso Post-Básico de Lactancia Materna” (Nivel 2)**
2. *Dra. Mónica Waisman, Dra. Iris Schapira.*
3. Médicos Pediatras y Neonatólogos, Psicopedagogos, Psicólogos, Enfermeros, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, (estudiantes o profesionales), personal del área de salud en contacto con madres y bebés.
4. 50.
5. Aula 3^{er}. piso.
6. Viernes 3 de agosto a viernes 14 de septiembre.
7. 10 a 13 hs.
8. 50 hs.
9. A determinar.

1. **“Jornada de Adolescencia”**
2. *Dra. Cristina Fenucci, Lic. María Aurelia González, Dra. Silvia Fernández, Dra. Liliana Malisani, Dra. Jorgelina Pomata, Dra. Patricia Rey.*
3. Médicos, Psicólogos, Asistentes Sociales, Obstétricas, Sociólogos, Enfermeros, Antropólogos.
4. 65.
5. Aula 3^{er}. piso.
6. 7 de Agosto a 27 de noviembre.
7. 11 a 13 hs.
8. 40 hs.
9. A determinar.

OCTUBRE

- **“Jornada de Adolescencia” (ídem)**
- **“Curso Hospitalario de Gestión y Conducción Estratégica de las Organizaciones de Salud” (ídem)**
- **“Urgencias en Obstetricia” (ídem)**
- **“Actualización en Obstetricia 2007”**
- **“Implantación Asistida de la norma de formación ISO 15189. Formación de Auditores de Sistemas de Calidad” (laboratorio) (ídem)**

NOVIEMBRE

1. **“Nuevos Paradigmas en Desarrollo Infantil”**
2. *Dra. Enriqueta Roy, Dra. Iris Schapira.*
3. Médicos Pediatras, Neonatólogos, Fisiatras y Neurólogos, Fonoaudiólogos, Estimuladores Tempranos, Kinesiólogos, Terapistas Ocupacionales y Físicos, Psicopedagogos, Psicólogos, Enfermeros (estudiantes o profesionales).
4. 50.
5. Aula 3^{er}. Piso.
6. Viernes 2 de noviembre a 7 de Diciembre.
7. 9 a 14 hs.
8. 50 hs.
9. A determinar.

Informes e inscripción, un mes antes de iniciarse el Curso, de 9 a 13 hs.

En: **Comité de Docencia e Investigación**

Esteban de Luca 2151, 4^{to}. piso. (1246) Buenos Aires

Tel.: 4943-3567 Tel./Fax: 4943-7779

E- Mail: codeisarda@hotmail.com

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. DISTOCIA DE HOMBROS

Colaboraron en la redacción de la presente guía:

Dres. Eduardo A. Valenti*, **Elsa Andina****, **Alberto Rey*****, **Guillermo Oría#**,
Cecilia Estiú##, **Evaristo Cruz Molina###**, **Jorge Beatti□**, **Rubén Almada□□**,
Mónica Ingilde□□□ y **Residentes de Tocoginecología**

*Los profesionales que quieran tener una copia de la presente publicación
deberán solicitarla en la Asociación de Profesionales (3^{er}. piso) o
en forma gratuita por correo electrónico a:
eavalenti5@yahoo.com.ar*

Generalidades

La distocia de hombros (DH) es la dificultad en el desprendimiento de los hombros luego de la salida de la cabeza fetal.

Puede ocurrir en una paciente cuyo trabajo de parto se está desarrollando en forma normal.

El mecanismo de producción resulta del enclavamiento de los hombros fetales al atravesar el estrecho medio y producirse la falla en la rotación del hombro anterior debajo de la sínfisis púbica.

La DH es la patología de la obstetricia más vinculada con el trauma al nacimiento.

Las complicaciones neonatales más importantes son: injuria del plexo braquial, fractura de clavícula o húmero y encefalopatía hipóxica-isquémica con daño neurológico.

La morbilidad materna por DH incluye: hemorragia posparto (11%), desgarros perineales de cuarto grado (3,8%), endometritis y raramente ruptura uterina.⁶⁹

Consideraciones acerca de la prevención

El factor de riesgo más importante para que se produzca una DH es la presencia de un feto grande.

Pero la presencia de un recién nacido con peso mayor de 4.000 g o un periodo expulsivo prolongado predecirían solamente el 16% de las DH.

Por otra parte sólo la mitad de las madres de fetos macrosómicos tienen factores de riesgo identificables.

La DH también es más frecuente en los partos operatorios y cuando hay diabetes materna.

La diabetes materna se acompaña de fetos grandes con una frecuencia mayor al doble con respecto a la población general.

Entre las diabéticas la incidencia de DH es 5 veces más frecuente que en las no diabéticas.

Los hijos de madres diabéticas tienen 10 veces más probabilidad que los de madres sin patología de pesar más de 4.500 g y tienen entre un 3 y un 9% de posibilidad de trauma al nacimiento cuando el parto es por vía vaginal.

Esto se explica porque dicha macrosomía es asimétrica con obesidad troncal lo que aumenta el riesgo de lesión al nacimiento.

El hijo de madre diabética tiene mayor perímetro torácico y de los hombros que un recién nacido normal de igual peso y con igual perímetro cefálico.

La cesárea electiva en fetos de más de 4.000 g evitaría el 44% de las distocias de hombros, aumentando la frecuencia total de cesáreas y con el consiguiente riesgo correspondiente a la intervención quirúrgica.

División Urgencias. HMIRS.

* Jefe de División Urgencias.

** Jefe de División Obstetricia.

*** Jefe de Guardia del día lunes.

Jefe de Guardia del día martes.

Jefe de Guardia del día miércoles.

Jefe de Guardia del día jueves.

□ Jefe de Guardia del día viernes.

□□ Jefe de Guardia del día sábado.

□□□ Jefe de Guardia del día domingo.

Pero la pregunta a hacer es:

- ¿Cómo podemos saber que el feto va a pesar más de 4.000 gramos?

Los métodos ecográficos y clínicos no son confiables para determinar la presencia de un feto grande.

El error de estimación por métodos ecográficos y/o clínicos oscila entre un 15% y un 20% con relación al peso del recién nacido.

Ante la pregunta si se puede pensar en DH por el seguimiento del trabajo de parto las evidencias son inadecuadas para sugerir que la curva del parto es un predictor útil de DH.

Ante la pregunta de si la inducción al parto en embarazadas con macrosomía fetal disminuye el riesgo de DH o de daño al plexo braquial, la respuesta es que la inducción al parto en mujer no diabética (solamente por macrosomía) no mostró ser efectiva en disminución de DH o de cesárea

Consideraciones acerca de la lesión del plexo braquial

La DH es el factor de riesgo más importante para lesión del plexo braquial, pero hay una lesión de plexo braquial cada 6 DH.

La lesión del plexo braquial puede ocurrir dentro del útero antes del trabajo de parto y no estar relacionada con el desprendimiento de los hombros.

Por lo tanto la lesión del plexo braquial puede ocurrir:

- en ausencia de factores de riesgo conocidos,
- en ausencia de DH,
- en el brazo posterior cuando el hombro anterior se impacta en el pubis,
- en cesáreas con fetos en presentación cefálica de vértice,
- sin relación con el tipo o número de maniobras utilizadas para desimpactar el hombro fetal,
- asociada a otras lesiones de nervios periféricos,
- con evidencia electromiográfica de denervación muscular en el postparto inmediato.

El 71% de los neonatos con trauma al nacer (lesión del plexo braquial o fractura de clavícula) tuvieron su parto sin DH.

Debe saberse que más del 25% de las fracturas de clavícula y más del 50% de las parálisis braquiales de Erb ocurren sin factores de riesgo evidenciables.

Al no poder estimarse el tamaño fetal ni la posición que el feto va a adoptar durante el trabajo de parto, no existe posibilidad de sospechar una DH.

El antecedente de DH se presenta con una frecuencia entre el 20 y el 50% en las lesiones del plexo braquial.

También se registran daños al plexo braquial en los partos en pelviana.

Se midió la compresión ejercida por la sínfisis pubiana sobre el cuello fetal en una DH y se calcularon las fuerzas exógenas (que son las ejercidas por el que realiza el parto)

y las endógenas (realizadas por la madre y por las contracciones uterinas) aplicadas durante el desprendimiento. La presión ejercida sobre el cuello fetal a la altura de la sínfisis pubiana por las fuerzas endógenas (pujos y contracciones maternas) es de 4 a 9 veces mayor que la ejercida por la tracción exógena del médico.

La tercera parte de las lesiones del plexo braquial comprometen al hombro posterior.

Hay quienes sostienen que algunas injurias del plexo (especialmente las del hombro posterior) no están relacionadas con maniobras del período expulsivo (ni manuales ni instrumentales) y **podrían explicarse por la compresión del hombro posterior contra el promontorio durante los pujos maternos.**

Otro factor podría ser una inadecuada adaptación intrauterina. La posición fetal intrauterina juega un rol importante, por lo tanto la lesión del plexo no debe ser tomada como evidencia irrefutable de traumatismo del nacimiento.

Hoy se conocen dichos daños del plexo braquial sin DH, sin tracción y hasta en nacimientos por cesárea.

Las causas de la lesión del plexo braquial durante una cesárea podrían ser:

- tracción lateral durante la misma,
- compresión durante el tiempo de encaje,
- intento frustrado de vía vaginal.

Consejos para el manejo de la DH

No efectuar tracción cefálica desmedida.

No realizar presión sobre el fondo uterino.

La urgencia de este evento hace impracticable los estudios prospectivos para comparar la efectividad de las diferentes maniobras.

Inicialmente deben aplicarse maniobras externas como la **presión suprapúbica** para desimpactar

La aplicación de las maniobras no asegura la ausencia de lesión del plexo braquial.

tar el hombro anterior de la sínfisis púbiana y realizar la rotación a un diámetro oblicuo.

Posteriormente o en forma simultánea se debe realizar la maniobra de McRoberts.

Luego de ambas maniobras puede presionarse sobre el hipogastrio en un intento de **provocar la rotación de la cintura escapular a uno de los diámetros oblicuos** de la pelvis materna

De no obtenerse el éxito, introducir la mano en la vagina y rotar la cintura escapular haciendo presión sobre la cara anterior del hombro posterior fetal o la cara posterior del mismo hombro hasta ubicarlo en un diámetro oblicuo.

A continuación deberá intentarse el *desprendimiento del brazo posterior* y si no se llega a resolver poner a la paciente en **posición genupectoral**, lo que facilita el descenso del hombro posterior a nivel del promontorio y reintentar desprender el brazo fetal.

Las maniobras heroicas como la restitución del feto a la cavidad uterina y posterior extracción por cesárea o la sin fisiotomía pueden usarse como último recurso por su gran morbilidad maternofetal.

Conclusiones

Por no poder conocerse el verdadero tamaño fetal, ni poder establecerse el diámetro de la pelvis materna que el feto va a elegir para su descenso, *resulta imposible predecir una DH*.

Ni los factores de riesgo ni el desarrollo del trabajo de parto nos pueden hacer sospechar una DH, por lo tanto *no hay forma de poder prevenir la misma*.

La lesión del plexo braquial tiene entre numerosas causas a la DH pero la aplicación de las maniobras correctoras de la distocia no necesariamente tiene relación con la lesión.

Recomendaciones

Recomendaciones B (evidencia científica limitada o inconsistente).

- No puede predecirse o prevenirse porque no existen los métodos para identificar los fetos que harán una DH.
- No es apropiado la inducción al parto ni la cesárea electiva en mujeres con fetos macrosómicos cuyos pesos fueron estimados por ecografía.

El daño al plexo braquial no puede ser explicado solamente por la tracción aplicada a la cabeza fetal.

Recomendación C (basadas en consensos u opiniones de expertos).

- En pacientes con antecedente de DH se deberá evaluar junto con la paciente el peso estimado fetal, la EG, la intolerancia a la glucosa y la severidad del daño anterior para decidir la vía de parto.

- La cesárea programada para evitar DH puede ser considerada para pe-

sos estimados de más de 5.000 g en pacientes sin diabetes o para pesos estimados de más de 4.500 g en pacientes con diabetes.

- No hay evidencia que una maniobra sea superior a otra en desimpactar el hombro o evitar el daño al plexo braquial. Sin embargo la maniobra de Mc Roberts es una maniobra adecuada para empezar.

GLOSARIO

Glosario: enumeración de abreviaturas y simbología usada corrientemente en la redacción de las historias clínicas. Se aconseja no utilizar abreviaturas que no figuren en el siguiente listado.

A

AB: Ácidos biliares

Ab.: Aborto

ABDI: Abdomen blando, depresible e indoloro

ABDLD: Abdomen blando, depresible, levemente doloroso

Abi: Aborto incompleto

AC: Actividad cardíaca

ACM: Arteria cerebral media

ACO: Anticonceptivos orales

AF: Antecedentes familiares

AHT: Anexohisterectomía total

AM: Amenorrea

AP: Antecedentes personales

APP: Amenaza de parto pretérmino

ATB: Antibióticos

AVF: Anteverso flexión

AU: Altura uterina

Au: Arteria umbilical

B

BEAB: Buena entrada de aire bilateral

BEG: Buen estado general

Bcos: Recuento de blancos

BR: bolsa rota

C

CC: Circunferencia cefálica
Ces ant: Cesárea anterior
CIE: Cuadrante infero-externo
CID: Coagulación intravascular diseminada
CII: Cuadrante infero-interno
CIPBA: Cuello intermedia posición, blando y acortado
CIPBLA: Cuello intermedia posición blando y ligeramente acortado
CF: Cultivo de flujo
Colpo: Colposcopia
CRL: Cráneoraquislumbar
CSE: Cuadrante supero-externo
CSI: Cuadrante súpero-interno
CSVyP: Control de signos vitales y pérdidas
Cx: Cirugía

D

DAP: Diámetro antero posterior
DBP: Diámetro biparietal
DBT: Diabetes
Diag: Diagnóstico
DIU: Dispositivo intrauterino
DLD: Decúbito lateral derecho
DLI: Decúbito lateral izquierdo
DOF: Diámetro occipito-frontal
DPNI: Desprendimiento de placenta normo inserta
DT: Diámetro transversal
DU: Dinámica uterina
Dx: Dextrosa

E

EAP: Edema agudo de pulmón
ECP: Embarazo cronológicamente prolongado
Ed: Edemas
EG: Edad gestacional
ELA: Embolia de líquido amniótico
EPI: Enfermedad pelviana inflamatoria
ETG: Enfermedad trofoblástica gestacional
ETS: Enfermedades de transmisión sexual

F

FC: Frecuencia cardíaca
FCF: Frecuencia cardíaca fetal
FM: Feto muerto
FPyD: Falta de progresión y descenso
FPP: Fecha probable de parto
FR: Frecuencia respiratoria
FUM: Fecha de última menstruación

G

Genit.: Genitorragia
Gest.: Gestacional
GyF: Grupo y factor

H

HC: Hemocultivo
HG: Hiperemesis gravídica
HIE: Hipertensión inducida por el embarazo
HMyR: Huevo muerto y retenido
HT: Histerectomía
HTA: Hipertensión arterial
HVP: Higiene vulvo perineal

I

ILA: Índice de líquido amniótico
IOA: Incontinencia de orina de apremio
IOE: Incontinencia de orina de esfuerzo
IR: Índice de resistencia
IRS: Inicio de relaciones sexuales
ITS: Infecciones de transmisión sexual
ITU: Infección del tracto urinario
IU: Infección urinaria
IUA: Infección urinaria alta
IUB: Infección urinaria baja

L

LA: Líquido amniótico
LAM: Líquido amniótico meconial
LCC: Longitud cráneo-caudal
LEC: Legrado endocervical
LEM: Longitud embrionaria máxima
LF: Longitud femoral

M

MAC: Método anticonceptivo
MD: Mama derecha
MF: Movimientos fetales
MI: Mama izquierda
MMI: Miembros inferiores
MMSS: Miembros superiores
MOL: Medio oblicualateral
MPF: Maduración pulmonar fetal
MV: Murmullo vesicular
Mx: Mamografía

N

NST: Non stress test/Monitoreo fetal
NR: No reactivo

O

OD: Ovario derecho
OI: Ovario izquierdo
OIDA: Occipito iliaca derecha anterior
OIDP: Occipito iliaca derecha posterior
OIIA: Occipito iliaca izquierda anterior
OIIIP: Occipito iliaca izquierda posterior
OP: Occipito púbrica
OS: Occipito sacra

P

P. abd: Perímetro abdominal
P. cef: Perímetro cefálico
Ph: Phelan
PHP: Plan de hidratación parenteral
PLA: Punción de líquido amniótico
POC: Post-operatorio de cesárea
POL: Post-operatorio de legrado
PPF: Puérpera de parto forcipal
PPL: Placenta previa lateral
PPM: Placenta previa marginal
PPN: Puérpera de parto normal
PPOT: Placenta previa oclusiva total
PPRB: Puño percusión renal bilateral
PPRD: Puño percusión renal derecha
PPRI: Puño percusión renal izquierda
PPV: Puérpera de parto por vacuum
PRCIU: Probable retardo/restricción del crecimiento intrauterino

R

R: Reactivo
RAM: Rotura artificial de membranas
RBFyT: Raspado biópsico fraccionado y total
RCIU: Retardo/restricción del crecimiento intrauterino
REM: Rotura espontánea de membranas
RIU: Retraído infraumbilical

RM: Ritmo menstrual
ROT: Reflejos osteotendinosos
RPM: Rotura prematura de membranas
RUE: Raspado uterino evacuador
RVF: Retroversoflexión

S

SAF: Síndrome antifosfolipídico
SIP: Sistema informático perinatal
s/p: Sin particularidades

T

TA: Tensión arterial
T° Ax: Temperatura axilar
TDL: Tratamiento destructivo local
T de P: Trabajo de parto
TEP: Tromboembolismo pulmonar
TIU: Transfusión intrauterina
Tto: Tratamiento
TU: Tono uterino
TV: Tacto vaginal
TVP: Trombosis venosa profunda
TVS: Trombosis venosa superficial

U

UC: Urocultivo

V

VLA: Valoración de líquido amniótico

SÍMBOLOS

↑: Elevado/aumentado
↓: Desminuido/descendido
+: Positivo/s
-: Negativo/s
θ: Diámetro/s
>: mayor
<: menor

PROGRAMA DE INGRESO DE FAMILIARES A UNIDADES DE INTERNACIÓN NEONATOLÓGICAS*

Lic. María A. González

Internación neonatal Ingreso irrestricto de madre y padre a los servicios de Neonatología

El parto domiciliario implicaba un importante riesgo para la embarazada, luego puerpera y para el RN. Es por eso que se considera un importante progreso en salud pública la institucionalización del mismo y la asistencia en maternidades. Prueba de ello es la actual sobrevivencia de prematuros de cada vez menor edad gestacional. Sin embargo, se produjo la pérdida de una serie de derechos indiscutibles de las personas.

Para la asistencia de RN enfermos y prematuros se crearon Servicios de Neonatología con cuidados intensivos, intermedios, etc. En el programa arquitectónico de los mismos no se tuvo en cuenta a los padres y sus familias. Como consecuencia, se convirtieron en barreras a veces infranqueables para el ingreso de los que ahora definimos como verdaderos dueños de casa. Se ofreció como alternativa horarios acotados de visita y se impuso la clasificación de circulación restringida para estas áreas. Entendiendo que la participación activa de la familia es esencial en el cuidado de los hijos y, más especialmente aún, en poblaciones vulnerables con internaciones prolongadas, corresponde posibilitar el ingreso irrestricto de los padres. Los argumentos de que esta acción implica mayor riesgo de infección para los RN internados no solamente no es válida sino que por el contrario, esta complicación disminuye al ser la madre la protagonista principal de una atención ahora individualizada colaborando con los agentes de salud.

Mientras la madre permanece internada en el Servicio de Obstetricia, en la medida que le sea posible la deambulacion por sus propios medios, el acceso al Servicio de Neonatología no ofrece mayores dificultades. No ocurre lo mismo producida su alta. En esta nueva situación la madre para estar junto a su hijo, debe utilizar medios de transporte y disponer de los recursos materiales para el viaje de ida y regreso del hogar. El programa Maternidades Centradas en la Familia propone la disponibilidad dentro de la institución o próxima y en comunicación con ella de una Residencia Hogar para madres. De esta manera las madres de los RN internados pueden, en forma parcial o total, vivir en la maternidad y poder permanecer junto a sus hijos todo el tiempo que se lo propongan.

El Servicio de Neonatología debe autorizar el ingreso irrestricto de las madres, es decir sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación, incluyendo los de cuidados intensivos. Las madres serán entrenadas en las técnicas de lavado de manos al ingreso al servicio y luego al acceder al sector que correspondiere. Se les informará de las condiciones de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza. Serán capacitadas para realizar procedimientos de baja complejidad, como por ejemplo la alimentación por gavage, por sonda nasoro o gástrica. Más importante aún, se las estimulará para acariciar a sus hijos sin perjuicio para ellos y para la intervención.

El Servicio debe organizar la recepción de las madres que ingresan por primera vez acompañándolas hasta el lugar de internación y brindar la información de los derechos de ingreso irrestricto que les asisten y los cuidados que deben cumplir, como el mencionado lavado de manos.

Las madres podrán ingresar con su ropa particular sin necesidad de vestir camisolines o portar gorros y barbijos ya que no representan ventaja alguna. Es recomendable que por la mañana exista

* Reproducido con autorización de: **Larguía A. Miguel**. *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*. 1ª edición. Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, 2006: pp. 46-57.

la figura de una recepcionista para reforzar las rutinas de ingreso y para ubicar los cambiantes lugares de internación de los recién nacidos según su evolución. Esta recepcionista puede ser una enfermera con tareas de las llamadas livianas por razones médicas, una voluntaria de la comunidad, o la secretaria del servicio en un horario a definir.

El padre también tiene el derecho del ingreso irrestricto al servicio con las mismas características que enumeramos para la madre. En maternidades con gran número de partos, altos censos ocupacionales y un sistema de vigilancia imperfecto puede ser aconsejable limitar el acceso y permanencia de los padres al horario de 6.00 a 24.00 hs. por los potenciales problemas que se pudieran generar durante la noche. Debe entenderse que por razones de organización y planta física de la Residencia de Madres, los padres no pueden ingresar a la misma por lo que resulta recomendable ofrecer una sala de estar para las familias en la proximidad del Servicio de Neonatología.

El argumento más frecuentemente declamado por médicos y enfermeras para no permitir el ingreso irrestricto de los padres es el ya señalado “mayor riesgo de infecciones” que, como se señaló anteriormente no es tal. Este argumento en realidad encubre el temor a ser auditados y por ende cuestionados. Es fácil entender que resulta inaceptable.

Todos los agentes de salud tienen la obligación moral y ética que su profesión les impone de asistir de la mejor manera y en el marco de sus posibilidades a los RN entregados a su cuidado. La posibilidad de que las enfermedades se agraven o las personas mueran es inherente a la condición humana y sería una actitud omnipotente y soberbia no aceptarla. Los agentes de salud también deben comprender que los procedimientos invasivos y dolorosos cuando bien indicados, son necesarios para ejercer el derecho a vivir. Estos enunciados deben resultar suficientes para superar los cuestionamientos al ingreso irrestricto de los padres. Estos, al integrarse a una comunidad donde la condición común es la enfermedad o la prematuridad, rápidamente adecuan sus expectativas a la cambiante realidad de sus hijos.

Ingreso de familiares

Para el ingreso de familiares a las Unidades de Cuidados Especiales en Neonatología se toman medidas de prevención de infecciones.

Es frecuente encontrar resistencia por parte de los agentes de salud para la visita de abuelos y hermanos. Sin embargo, no existen motivos para esta actitud que en realidad refleja una injustificada preocupación por encubrir problemas como los que inevitablemente existen en los servicios de neonatología.

Los familiares son informados de las características de la Terapia Intensiva e Intermedia Neonatal y de la necesidad de procedimientos invasivos necesarios para conseguir la sobrevivencia de prematuros y recién nacidos enfermos. Como grupo perciben rápidamente que no en todos, la evolución es la deseada y que existen complicaciones y agravamientos a veces previstos y otras no.

El uso de camisolines no es considerado necesario para el control de infecciones intrahospitalarias.¹ El Comité de Infecciones de la Maternidad Sardá, expresa que la ropa de calle no representa fuente de infecciones por patógenos potenciales como los que en realidad preexisten en los servicios de Neonatología y muchas veces en los agentes de salud. La recomendación para vestirlo por los abuelos y hermanos se justifica como una medida interpretable como saludable para la organización de las visitas. Así entendido el camisolín limpio se convierte en un uniforme que jerarquiza la intervención.^{2,3}

Se recomienda:

- La asignación de un espacio físico suficientemente amplio, cercano en ubicación al área de internación para poder realizar las reuniones previas con los visitantes.
- Censo previo de los pacientes Recién Nacidos (RN) internados en las unidades que se registrará en planilla actualizada al día de la actividad.
- El coordinador deberá contar con datos previos sobre: niños en estado crítico, malformaciones visibles, traslados de urgencia, RN en aislamiento, patologías infectocontagiosas, intervenciones judiciales, egresos e ingresos recientes antes de comenzar con las actividades grupales.

Materiales

- Camisolines limpios (uno por persona), no requieren ser estériles.
- Barbijos (en caso de indicación).
- Acceso a piletas de lavado, jabón antiséptico o alcohol en gel provistos en cantidades mayores a la rutina para los días de visitas.
- Incubadora y cuna, fuera de uso, en condiciones aceptables de utilización.
- Visita de hermanos: Caja de materiales específicos: sondas oro/nasogástricas, halo, jeringas (sin agujas), cinta adhesiva, gasas, etc.
- Caja de juegos: muñecos grandes y pequeños de plástico, lápices, crayones, sacapuntas, gomas, hojas de papel, pizarra de corcho o similar. Autos, animales, objetos apilables, objetos para juego de imitación (juego del doctor, juego de cocina, etc.). Libros.

Las actividades serán coordinadas por un agente de salud mental o en caso de que la institución no contare con ese recurso profesional, un agente sanitario previamente entrenado para tal fin. Se requerirá además la asistencia técnica de agentes de salud mental, enfermeras o voluntarias, en particular para el desplazamiento y acompañamiento de los familiares dentro de las unidades.

Visita programada de hermanos

La inclusión programada y asistida de los hermanos en las áreas de internación de Neonatología, tiene como principal objetivo la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al recién nacido (RN) internado y su familia.

La experiencia recogida en las últimas décadas⁴ ha demostrado que, a la inquietud por el estado de salud del hijo y el stress vivido por la pareja parental dentro de una unidad de terapia intensiva, se suma la angustia por la separación con el resto de los hijos.

La madre resulta la figura más exigida en este aspecto. Su presencia y participación es entendida como fundamental para la recuperación y evolución del RN, implicando ello largas permanencias en el servicio de internación que la obligan a tomar distancia del resto de los hijos y la organización familiar.

Los padres enfrentan múltiples demandas que a menudo los hacen sentir sobrepasados en sus posibilidades. Es a partir de las descripciones reiteradas de estas anécdotas y teniendo en cuenta las consultas hechas al equipo de salud por las conductas y síntomas que ellos detectan en los hermanos mientras dura el período de hospitalización, que se diseñó la *Visita programada para Hermanos de RN internados*, como una estrategia de acompañamiento a las familias que atraviesan esta situación de crisis, dentro del marco conceptual del modelo Maternidades Centradas en la Familia.

Esta novedosa estrategia fue pionera en numerosos centros perinatológicos, tanto nacionales como internacionales. Fue presentada por primera vez fuera del país en la Clínica port Royal, de la ciudad de París, por la Lic. Viviana Helman.⁵ La médica y psicoanalista Catherine Druon realizó la adaptación a su unidad de lo que dio en llamar "el modelo argentino", el cual está desarrollado en su libro "A la escucha del bebé prematuro".⁶

• Resultados esperados:

El ingreso programado de los hermanos al sector de internación donde se encuentra asistido el RN ha demostrado una estrategia de intervención eficaz sobre la pareja de padres. La situación inicial de urgencia y confusión, con fuertes sentimientos de angustia que implican a todo el grupo familiar, permite ser procesada por dos vías privilegiadas como lo son: el juego y la palabra. La recepción de los niños y adolescentes en condiciones pautadas, con un modo de ingreso organizado y progresivo, permite un encuadre de seguridad y empatía para todos los que participan.⁷

Las experiencias recogidas indican que los niños eligen volver a las visitas durante el tiempo que dure la hospitalización, dando muestras de participar en el cuidado de su pequeño hermano y al mismo tiempo de sentirse alojados en la institución, que de algún modo se instala "como familiar" para ellos también. Un lugar donde son conocidos, reconocidos y esperados. Los niños que asisten con mayor regularidad, generalmente asumen un rol muy activo frente a los que llegan por primera vez, rol que es estimulado por los coordinadores. La recepción de información, tan novedosa como inusual, sobre tecnología, el peso de los bebés, sondas, etc. de parte de sus propios pares, invita a la identificación y a la participación en el proceso de cura del RN.

Se ha observado que luego de las primeras visitas, los hermanos son capaces de ubicar espa-

cial e imaginariamente al nuevo integrante y a su madre, resignificando de ese modo la ausencia registrada. Esta variación produce efectos en los padres y particularmente en la figura de la madre, con más horas de permanencia en la unidad, quienes manifiestan sentimientos de culpa y crisis de ansiedad por la separación del resto de los hijos.

La presencia y acompañamiento de todo el grupo familiar primario contribuye a la elaboración de una herida narcisista en el ideal parental, que a menudo siente que no ha podido hacer lo suficiente por evitar el dolor y el sufrimiento del hijo RN. Los padres están allí “para cuidar” a un hermano que lo necesita y los hermanos ven y comprenden que esto sucede. De este modo, dan testimonio acerca de cómo las funciones de cuidado y protección se extienden de las generaciones precedentes a las nuevas, tal como corresponde a la condición humana, cuyo “cachorro” es el más inmaduro de todas las especies, independientemente de sus semanas de gestación.

En la actualidad la estrategia de intervención continúa sobre los mismos conceptos que le dieron origen, y enfrenta los nuevos desafíos que la perinatología plantea: número cada vez mayor de pacientes asistidos, tiempos de permanencia más extensos asociados a frecuencia de niños muy prematuros con posibilidades de recuperación y nuevas formas de organización familiar, entre otros.

El objetivo es organizar e implementar el ingreso sistematizado de Hermanos de los RN internados a los sectores de Cuidados Especiales en Neonatología. La institución deberá fijar frecuencia, horarios y lugar de realización de las actividades grupales previas al ingreso de los familiares a las Unidades de Cuidados especiales. La frecuencia mínima aconsejada es de una vez por semana y los horarios deben determinarse de acuerdo con la mayor disposición de recursos requeridos para las actividades y las posibilidades de las familias.

El equipo de salud (enfermeros, médicos, especialistas, técnicos, etc.) deberá estar al tanto de los horarios y días de las actividades a fin de no superponer prácticas invasivas, interconsultas programadas, traslados o limpieza del sector durante las mismas, siempre que las condiciones de salud del RN no lo exijan.

Los días y horarios de encuentro deben ser promocionados por el equipo de salud en los primeros contactos con los padres y deben figurar además en carteles fuera del sector de cuidados especiales.

• *Organización de los grupos*

Se intentará agrupar por edades próximas:

- Niños en edad preescolar.
- Niños en edad escolar.
- Adolescentes.
- Jóvenes.

Compartirán la presentación y las explicaciones sobre características y función del sector. pueden dividirse en sub-grupos con diferentes asistentes a cargo, quienes seleccionarán las técnicas y estrategias más adecuadas. Los padres no participan del encuentro grupal, salvo en el caso de los niños más pequeños o aquellos que manifiesten temor a separarse.

Cuando los familiares soliciten información sobre evolución y pronóstico del RN, los médicos tratantes deben notificar a los padres sobre el pedido y efectuar cualquier comunicación que fuere pertinente en presencia de ambos progenitores o al menos uno de ellos, aún cuando los mismos sean menores de edad.

Visita programada de los abuelos

La inclusión programada y asistida de abuelos y familiares a las Unidades de internación de Neonatología, tiene como objetivo primero la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al recién nacido (RN) internado y a su familia.

Los RN prematuros o enfermos requieren de internaciones prolongadas desde el comienzo de la vida. Esta situación genera reacciones de temor y angustia por la sobrevivencia del niño que tienen implicancias para toda la familia.

La figura de los abuelos ha sido elegida como la más representativa dentro de la constelación familiar, dada la importancia reconocida que presentan en nuestra cultura. La presencia de las generaciones anteriores es directriz en la transmisión de valores y conductas en el cuidado de los hijos, así como referencia de identificaciones para el desarrollo de las funciones materna y paterna.

Es necesario el lazo entre al menos tres generaciones para que tenga lugar el proceso de identidad que ubica la constitución del sujeto, concepto utilizado para definir en modo más amplio y enriquecedor al organismo viviente, que incluye la vía del

1ª etapa

**Reunión grupal
previa a la visita**

- Recepción de los hermanos, presentación de cada uno y ubicación del lazo familiar con el paciente RN internado.
- Reagrupamiento por edades.
- Promoción del intercambio de conocimientos y de experiencias entre los hermanos presentes acerca de la situación de internación de un RN. (Dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de Salud Mental).
- Recepción de los hermanos, presentación de cada uno y ubicación del lazo familiar con el paciente RN internado.
- Reagrupamiento por edades.
- Promoción del intercambio de conocimientos y de experiencias entre los hermanos presentes acerca de la situación de internación de un RN. (Dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de Salud Mental).
- Presentación de las características del Sector de Cuidados Especiales (requiere indagar cuál es la información con la que los hermanos cuentan sobre el motivo de internación del RN).
- Presentación de las características básicas de los pacientes RN que exigen internación en dicho sector a través de dramatización con muñecos y juegos con los materiales de la caja.
- Referencias básicas a la utilización de tecnología en el cuidado del RN a través de técnicas lúdicas: muñecos con halo en la incubadora, con bigotera. Abrir y cerrar las puertas de la incubadora, tocar las sondas, etc.
- Comunicación de las reglas de asepsia que permiten el ingreso a la unidad: doble lavado de manos y uso de camisolines limpios. Para ello se presentan durante la explicación y se los introduce en la actividad: tocar y oler el jabón antiséptico, favorecer sus asociaciones (¿a qué se parece? ¿para qué puede servir?). El jabón antiséptico más utilizado es la solución jabonosa de yodo povidona, cuyo color es asociado con gran frecuencia al de la sangre. Cuando se utiliza este material es fundamental que los niños entren en contacto con el mismo antes del primer lavado y aclarar estos detalles.
- Conocimiento de la existencia de hermanos del grupo que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y/o contacto con terceros con enfermedades infecto contagiosas. La información debe ser provista y corroborada con los padres. En caso de que se detecte algún miembro del grupo con estas particularidades, se informará al médico de guardia quien autorizará o indicará la necesidad de suspender la visita a la unidad de internación.
- En caso que los familiares evidencien necesidad de acompañamiento específico, tanto para ellos como para los padres del RN, por parte de profesionales de salud mental o de servicio social, se les indicará que al término de la reunión puede programarse una entrevista o derivación al servicio pertinente. No debe facilitarse el despliegue de demandas personales durante la reunión grupal.

2ª etapa

Ingreso a las unidades de internación

- Durante la reunión grupal, los asistentes del coordinador deberán comprobar que las unidades de internación se encuentren en condiciones aptas para el ingreso consultando con los médicos y enfermeras del sector; si se hubieran presentado complicaciones asistenciales, se postergará el acceso hasta que el equipo de salud lo indique.
- El ingreso debe realizarse en grupos pequeños de 2 a 3 hermanos por vez, de manera de no obstaculizar la rutina del sector, comenzando por las áreas de baja complejidad. Se los acompaña durante el primer y segundo lavado de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el RN junto a sus padres. Se recomienda presentar en esa oportunidad a las/los enfermeros y médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido. Es condición indispensable que esté presente alguno de los padres durante la visita, ningún hermano puede permanecer solo en el sector.
- Los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, indicarán a sus hijos cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el RN (ej. alimentación por gavage, cambio de pañales).
- Cada institución fijará el tiempo de duración de las visitas, aunque se aconseja que en las áreas de Terapia Intensiva y en particular la primera vez, la misma sea más breve que en el resto de las áreas.
- Los coordinadores de la actividad estarán presentes en los sectores de internación todo el tiempo que dure la visita. Prestarán particular atención al modo de relación de los hermanos con los niños allí asistidos, entre ellos y sus padres, observarán la reacción frente a la tecnología y la interacción con el equipo de salud. Supervisarán que cada familia se mantenga al lado de la incubadora o cuna del RN, sin desplazarse hacia otras cunas, tocar áreas limpias o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes. Alentarán a la comunicación con el RN, dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para el mismo: hablarle, cantarle, tomarle fotografías sin flash, detectar avances respecto de la visita anterior, parecidos físicos con otros miembros de la familia, así como evitar despertarlo cuando el RN tuviera indicaciones de no ser estimulado. Deberán estar atentos a cualquier indicación de médicos o enfermeras que se produzca durante ese lapso.
- Sobre el horario límite de la visita, el o los coordinadores y sus asistentes invitarán a los familiares a despedirse del niño y retirarse del sector.

3ª etapa

Post visita

- En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita el camisolín, los responsables de la actividad tienen posibilidad de hacer monitoreo de la visita: en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, cuál es la evolución percibida sobre el RN y cuál fue la participación en los cuidados.
- De acuerdo a la edad de los hermanos, el procesamiento de los estímulos y la información recibida se plantea a través de juegos y técnicas gráficas. Se les pide que hagan un dibujo que puedan dejar como regalo para el hermano. Todas las producciones serán expuestas en un pizarrón o panel de corcho a la vista y al momento del alta, si lo desean los llevarán con ellos. En el caso de hermanos adolescentes o mayores, se reemplaza el dibujo por la invitación a escribir una carta o a conversar sobre las preguntas que les hubieran surgido luego del encuentro con el RN.
- Este tercer momento es muy importante y debe explicarse a los padres la relevancia del mismo. El reencuentro con los hermanos permite detectar cuadros de angustia o ansiedad al igual que otras consultas que requieran ser canalizados hacia el equipo de salud mental.
- No debe presionarse a ningún hermano a realizar la visita cuando éste diera señales, explícitas o indirectas, de su resistencia. Si esta situación se presenta, es conveniente invitar al niño a que permanezca en el lugar jugando o dibujando postergando la invitación para más tarde o para otro día. Es importante explicarle a los padres la necesidad de respetar los tiempos de los niños para que el encuentro no resulte forzado o angustiante.

deseo y al mismo tiempo su capacidad de lenguaje y de simbolización.

Diferentes observaciones^{4,5,6} han demostrado la importancia que tiene para los padres de niños internados desde el nacimiento, el contacto con los abuelos, de modo que la palabra y la presencia de los mismos confirme ante ellos y el resto de su comunidad sus funciones de padres, aun en los casos en que la experiencia difiera de las expectativas iniciales.

Los abuelos, por su parte, son quienes transmiten al resto de los familiares las variaciones en la evolución de cada niño y al compartir el escenario donde deben permanecer por períodos prolongados, tanto el RN como sus padres y conocer muchas de sus dificultades, colaboran en la organización de la dinámica familiar, que debe garantizarse a pesar de la ausencia de los recientes padres.

• *Resultados esperados:*

La presencia de los abuelos y/o familiares durante el tiempo de internación de los RN en neonatología, favorece la interacción entre los padres y el resto de la familia, a la que el niño pasará a integrarse una vez obtenida el alta médica.

La participación de los abuelos o familiares ofrece a los padres que atraviesan situaciones de crisis por las complicaciones de vida de sus hijos, un modelo de soporte afectivo, según el cual el niño pasa a ser cuidado y esperado en familia. Facilita así un espacio mental y muchas veces físico al hijo, desplazando las preocupaciones por ese "desconocido" que aparece más ligado a la unidad de internación que a sus propios padres.

Su presencia es traducida como una habilitación para la maternidad y la paternidad y contribuye a moderar las exigencias y ansiedades sobre los padres.

Aún en los casos de difícil pronóstico, el intercambio y el sostén afectivo provisto por sus familiares directos, refuerza la capacidad de los padres de cuidar y acompañar a sus propios hijos.

Las familias, sin embargo, no presentan una estructura uniforme. Es posible encontrar padres que no cuenten con la presencia física y el apoyo de sus progenitores. Ejemplo de ello son los abuelos que han fallecido o se encuentran gravemente enfermos, los que residen en el extranjero, etc. De igual modo es frecuente que sean familias ensambladas: nuevas parejas, padres de crianza y padres biológicos. En tales casos, cada institución deberá hacer uso de la norma propuesta de acuerdo con las particularidades que presente cada familia. Los

coordinadores de las actividades de ingreso de familiares, tendrán a su cargo entrevistas con los padres a fin de establecer cuales son los familiares representativos que cumplan las funciones de sostén afectivo y familiar para ellos.

El Objetivo específico final es poder organizar e implementar el ingreso sistematizado de Abuelos y/o familiares a los sectores de Cuidados Especiales en Neonatología. La institución deberá fijar frecuencia, horarios y lugar de realización de las actividades grupales, previas al ingreso de los familiares a las Unidades de Cuidados especiales. La frecuencia mínima aconsejada es una vez por semana. Los horarios serán a determinar de acuerdo con la mayor disposición de recursos requeridos para las actividades, pero también teniendo en cuenta las necesidades de las familias.

El equipo de salud (enfermeros, médicos, especialistas, técnicos, etc.) deberá estar al tanto de los horarios y días de las actividades a fin de no superponer prácticas invasivas, interconsultas programadas, traslados o limpieza del sector durante las mismas, siempre que las condiciones de salud del RN no lo exijan.

Los días y horarios de encuentro deben ser promocionados por el equipo de salud en los primeros contactos con los padres y deben figurar además en carteles fuera del sector de cuidados especiales.

El agrupamiento de los abuelos deberá seguirse de acuerdo a las características del sector de internación donde se encuentre el RN.

Ejemplo:

- Reunión destinada a Abuelos de pacientes de Baja Complejidad o en condiciones de pre alta.
- Recepción, desarrollo de los objetivos grupales, ingreso a las unidades. A continuación, mientras el primer grupo permanece en los sectores:
- Reunión destinada a Abuelos de pacientes de Alta Complejidad.
- Recepción, desarrollo de los objetivos grupales, ingreso a las unidades.

Agradecimientos

El programa de Integración de la Familia a la Alta Complejidad Neonatal en el Hospital Materno Infantil "R. Sardá" es posible gracias al esfuerzo y dedicación de las profesionales del Servicio de Salud Mental, quienes en forma honoraria y en el marco de su formación clínica e institucional, aportan su creatividad y verdadero compromiso asistencial para llevar adelante el objetivo propuesto. El reco-

nocimiento y agradecimiento correspondiente a las Lic. Noelia Kopuchian, Lic.Ma. Paula Salgado, Lic. Vanesa Elman, Lic. Lorena Medina, Lic. Ariadna Hernández y Lic. Silvina Terán.

Bibliografía

1. Webster J, Pritchard M. A. Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality. *Cochrane Review*. 2003. Issue 3, Oxford.
2. Sarubbi, M. A. Prevención de infecciones hospitalarias en las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN). *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2005. Vol 24 N° 4.
3. Recomendaciones para el control de infecciones intrahospitalarias. *Red Neonatológica de la Ciudad de Buenos Aires. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2005 Vol. 24 N° 4.
4. Fava Vizziello, G et al. "Los Hijos de la Máquinas". Cap 3.3.2. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1992.
5. Helman V, Villavella N. Niños Prematuros. *Psicoanálisis y Neonatología* Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.
6. Druon, C. A l'ecoute du bébé prématuré. París: Ed. Aubier, 1996.
7. Ministerio de Salud. Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad.
8. González, MA et al. Intervenciones psicoterapéuticas en Neonatología. *IV Congreso Internacional de Psicoterapia*. Buenos Aires, Septiembre 2005. Disponible en página web: www.dePSICOTERAPIAS.com Interdisciplina.

Dinámica de la visita⁸ de los abuelos

1ª etapa

Objetivos de la reunión grupal

- Recibir a los familiares y ubicarlos según el lazo familiar con el RN internado.
- Explicar las características del Sector de Cuidados Especiales.
- Comunicar normas vigentes como ingreso irrestricto para los padres del RN y la existencia y modos de utilización de la Residencia Hogar para Madres.
- Presentar las características básicas de los RN que exigen internación en dicho sector.
- En los casos de internación de alta complejidad, introducir referencia básica a la utilización de Tecnología en el cuidado del RN
- Indagar cuál es la información que los padres les han provisto sobre el motivo de internación del RN.
- Promover el intercambio de conocimientos y de experiencias entre los familiares acerca de la situación de internación de un RN. (Dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de Salud Mental).
- En caso de que los familiares evidencien necesidad de acompañamiento específico, tanto para ellos como para los padres del RN, por parte de profesionales de salud mental o de servicio social, se les indicará que al término de la reunión puede programarse una entrevista o derivación al servicio pertinente. No debe facilitarse el despliegue de demandas personales durante la reunión grupal.
- Comunicar las reglas que permiten el ingreso a la unidad: doble lavado de manos y uso de camisolines limpios.
- Controlar si existen personas del grupo que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y /o contacto con terceros con enfermedades infecto contagiosas. En caso de que se detecten alguno de estos casos se informará al médico de guardia quien autorizará o indicará la necesidad de suspender la visita a la unidad de internación.⁵⁷
- Durante la reunión grupal, los asistentes del coordinador deberán comprobar que las unidades de internación se encuentren en condiciones para el ingreso de los familiares consultando con los médicos y enfermeras del sector.

<p>2ª etapa</p> <p>Dinámica del ingreso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El ingreso debe realizarse en grupos pequeños de 3 o 4 familiares por vez, de manera de no obstaculizar la rutina del sector. Se los acompaña durante el primer y segundo lavado de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el RN. Se recomienda presentar en esa oportunidad a las/los enfermeros y médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido. - Es condición que esté presente alguno de los padres durante la visita. Los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, señalarán a sus familiares cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el RN (Ej. alimentación por gavage). - Cada institución fijará el tiempo de duración de las visitas. Los coordinadores de la actividad estarán presentes en los sectores de internación todo el tiempo que dure la visita. Prestarán particular atención al modo de relación de los familiares con los niños allí asistidos, la reacción frente a la tecnología y la interacción con el equipo de salud. Supervisarán que cada familia se mantenga al lado de la incubadora o cuna del RN, sin desplazarse hacia otras plazas o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes. Alentarán la comunicación con el RN dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para el mismo: hablarle, cantarle, tomarle fotografías sin flash, detectar avances respecto de la visita anterior, parecidos físicos con otros miembros de la familia, así como evitar despertarlo cuando el RN tuviera indicaciones de no ser estimulado. Deberá estar atento a cualquier indicación de médicos o enfermeras que se produzca durante ese lapso. - Sobre el horario límite de la visita, el o los coordinadores y sus asistentes invitarán a los familiares a despedirse del niño y retirarse del sector.
<p>3ª etapa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita el camisolín, los responsables de la actividad tienen posibilidad de hacer monitoreo de la visita: comparar en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, si se acompaña la evolución de parte del RN, cuál ha sido la participación en los cuidados, consultas de orientación sobre la familia, así como cuadros de angustia o ansiedad que deben ser canalizados hacia el equipo de salud mental.

La información médica se brinda sólo a los padres del paciente internado por razones legales y de derecho a la privacidad.

En el caso en que los mismos soliciten información en presencia de sus familiares, se combinará con los médicos tratantes día y hora de reunión de no ser posible durante el transcurso de la visita.

Los agentes de salud afectados al Programa de Ingreso de Familiares no pueden brindar información médica a los mismos.

En caso que detectaran dificultades en el proceso de información tendrán como función hacer de nexo entre los padres, los familiares y el equipo tratante.

COMENTARIOS Y APORTES SOBRE DESARROLLO E INTELIGENCIA SENSORIO-MOTRIZ EN LACTANTES.

Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. Actualización bibliográfica

Dra. Iris T. Schapira*

Resumen:

Se presenta una revisión de los tests de evaluación del desarrollo psicomotor más empleados y el análisis de las características de cada uno. Se definen términos afines, con el objetivo de poner una puesta en común. Se realiza una clasificación de los tests (de screening, diagnósticos y de supervisión) y exámenes neurológicos. Se aclara cuál es el objetivo de las distintas pruebas.

Palabras clave: Evaluación, desarrollo, lactantes.

Introducción

La evolución adecuada del proceso de crecimiento y desarrollo no se realiza rígida ni estereotipadamente; se basa en la indemnidad y maduración normal del Sistema Nervioso Central (SNC) y en la interacción del niño con su medio ambiente, donde los afectos cumplen un rol preponderante.¹

La progresiva adquisición y perfeccionamiento de funciones son tareas primordiales del SNC, por lo que una perturbación del mismo es el signo más trascendente de una disfunción.²

Hay variaciones individuales que dependen del proceso de maduración del SNC y también de las costumbres y características del macro y microambiente facilitadoras o no del pleno desarrollo de las potencialidades de cada niño.³

Para evaluar el crecimiento físico con mediciones antropométricas existe unanimidad técnica y metodologías definidas y simples. Respecto a la evaluación del desarrollo, la situación es más compleja.

En relación con la naturaleza del proceso en sí hay controversias teóricas y metodológicas respecto a la posibilidad de medición de algunos aspectos cuali y cuantitativos y al empleo de instrumentos diseñados y usados con más frecuencia.

Las valoraciones funcionales del desarrollo psicomotriz son formas indirectas de examinar el SNC. Para ello existen numerosas pruebas, todas sustentadas en ítems similares derivados de diferentes tests psicológicos y de desarrollo para lactantes y niños preescolares.⁴

En esta oportunidad nos referiremos a instrumentos de uso habitual elaborados para evaluar bebés, desde su nacimiento hasta los dos años, etapa descrita por J. Piaget como *Período Sensorio-Motriz*.⁵

Definición de algunos términos^{4,6,7}

Para mejor comprensión se definen algunos términos empleados con frecuencia:

• **Aprendizaje:** proceso por el que se adquiere el conocimiento de una cosa a través de la experiencia.

• **Cognición:** término más amplio que el de **Inteligencia**. Comprende una sola función (por ejemplo: la estrategia necesaria para facilitar el recuerdo); la totalidad del SNC está involucrado en el procesamiento de información (estimulación sensorial, depósito en la memoria, respuestas eventuales). Existen bases neuroquímicas o neurofisiológicas de las funciones cognitivas y se deben considerar los efectos de la cultura sobre la forma de pensar o utilizar la inteligencia.

• **Desarrollo:** proceso progresivo caracterizado por el incremento de funciones y su mayor coordinación; se refiere a transformaciones globales conducentes a adaptaciones cada vez más flexibles. El conocimiento del neurodesarrollo embrio-

* HMIRS. Médica Pediatra Neonatóloga. Coordinadora Consultorio de Neurodesarrollo e Intervención Temprana. itschapira@ciudad.com.ar

nario y fetal humano proporciona una mejor comprensión de aspectos anatómicos y funcionales del SNC tanto del niño como del adulto.

• **Desarrollo Intelectual:** se refiere a los cambios cualitativos, desde la concepción hasta el final de vida, en el sistema de la inteligencia por factores internos y externos que pueden facilitar, interferir o mantener su curso.

• **Experiencia:** conocimiento adquirido a través de la práctica, el uso y la percepción.

• **Inteligencia:** capacidad personal para resolver un problema o situación nueva por medio del pensamiento; se manifiesta cuando frente a una dificultad, no se cuenta con ningún automatismo preestablecido ni hábito y se descubre su solución por un acto del pensamiento. Es la forma más elevada o precisa de adaptación del organismo a su medio, a su realidad; todas las acciones de orden senso-motor y cognoscitivo tienden hacia un equilibrio, por lo que no es un estado estático sino el punto de partida para alcanzar formas superiores de desarrollo (*J. Piaget*).

Según *E. Pollitt*,⁷ inteligencia es el denominador común a todas las habilidades o facultades cognitivas: atención, concentración, memoria, organización perceptual, razonamiento, manejo de símbolos y signos, habilidad numérica, etc.

• **Inteligencia Sensorio-Motriz o Práctica (IP):** capacidad de resolver problemas sin evocaciones simbólicas previas al lenguaje verbal. Se logra a partir de la percepción, la actividad y los movimientos.

• **Medición de Inteligencia:** se realiza con pruebas psicométricas, similares a pruebas de rendimiento, luego de los 4 años de vida; equivale a Cociente Intelectual (CI), no a Cociente de Desarrollo (CD).

• **Memoria:** es la conservación y evocación de información adquirida por la experiencia. Puede ser:

- a. *Explícita o declarativa:* conocimientos transmitidos por la palabra o la demostración.
- b. *Implícita o procedural:* abarca actividades que requieren entrenamiento corporal: reflejos condicionados a estímulos, labores manuales, práctica de deportes, etc.

• **Mente:** comprende todos los procesos psíquicos, conscientes o inconscientes.

• **Mental:** equivale a *Índice o Cociente de Desarrollo (CD)* de los diferentes baby-tests. Cuantifica el nivel de rendimiento en tareas representativas del repertorio infantil dentro de ese grupo de edad.

• **Perfil de Desarrollo:** se refiere a aspectos

cualitativos del desarrollo. Permite advertir el desempeño de un niño en cada una de las áreas evaluadas.

Marco teórico:^{1,8,9}

Jean Piaget,⁵ eminente científico suizo, explica que el desarrollo psíquico se inicia con el nacimiento. Es una marcha hacia el equilibrio, un paso perpetuo de un estado menos equilibrado a otro de equilibrio superior; se asemeja a una construcción continua donde los nuevos caracteres se edifican sobre las etapas ulteriores como subestructuras, y este progreso se realiza en una relación dinámica con el medio ambiente.

La *adaptación* se logra a través de dos procesos fundamentales que son a la vez opuestos y complementarios:

- *Asimilación:* la acción que ejerce el individuo sobre los objetos que lo rodean, modificándolos en función de esquemas mentales preexistentes.

- *Acomodación:* el sujeto modifica sus esquemas en el intercambio con el medio. La acción que ejerce el ambiente es transformadora, ya que los datos que se incorporan a la experiencia producen cambios y crean nuevos esquemas cognitivos.

Las funciones mentales superiores en el proceso de su formación atraviesan varios estadios o etapas.

Entre el nacimiento y los 2 años de vida se extiende el denominado *Período Sensorio Motor*, caracterizado por la necesidad de realizar experiencias directas con los objetos reconociéndolos a través de la percepción por la necesidad motriz del niño que todo lo toca, chupa, recorre, reconociendo el mundo. Es el desarrollo a nivel de las acciones de una IP. Su primer gran logro será la constancia del objeto, reconocimiento de cierta causalidad y construcción del espacio y tiempo prácticos. El niño comienza a percibir el mundo a través de sus impresiones sensoriales, pasa de una inteligencia sensorio-motriz o IP a una *Representativa* (cerca de los 2 años) que se produce al interactuar con el medio. Conlleva una "asimilación" al incorporar la experiencia que viene del medio. Las áreas asociativas del cerebro establecen un aprendizaje primario.

En el *Período Sensorio-Motor* se distinguen seis momentos:

- *Primer Estadio (1º mes):* es la ejercitación de los reflejos.
- *Segundo Estadio o de Reacciones Circulares Primarias (2-4 meses):* se inicia la coordinación de las funciones.

- *Tercer Estadio o de Reacciones Circulares Secundarias (4-8 meses)*: se emplean procedimientos para prolongar espectáculos interesantes; hay un reconocimiento motor; mejor coordinación entre visión y prensión.
- *Cuarto Estadio o de Primeras Conductas Inteligentes (8-12 meses)*: son acciones con intención. Se inicia la noción del “espacio práctico”.
- *Quinto Estadio o de Reacciones Circulares Terciarias (12-18 meses)*: comprende nuevos medios por experimentación activa, hay nociones de “tiempo”, “causalidad” y “objeto”.
- *Sexto Estadio (18 a 24 meses)*: ya existe la representación mental de objetos y acciones, y la invención de nuevos medios por combinación mental.

Sobre los Tests de Evaluación del Desarrollo Infantil

Clasificación de los tests de evaluación.^{4,12,13}

- *Tests de screening, tamizaje o pesquisa*: identifican o detectan individuos presuntamente enfermos, con defectos o patologías no reconocidos en una población aparentemente sana mediante la aplicación de exámenes u otros procedimientos de aplicación rápida y sencilla; no intentan hacer diagnóstico. Los individuos detectados como positivos deben ser referidos para confirmar o rechazar la sospecha (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor; Test de Denver, etc.).^{14,15}

- *Tests diagnósticos*: confirman y/o caracterizan una enfermedad a fin de efectuar un tratamiento (Test de Bayley; Weschler, etc.).^{16,17}

- *Tests de supervisión*: permiten detectar trastornos sutiles, supervisar la evolución de los niños y la eficacia o no de los tratamientos en niños con alteraciones neuromotoras (Motor Assessment of Developing Infant “AIMS”; Alberta Infant Motor Scale, de Pipa MC et al).¹⁸

Análisis de los baby-tests de aplicación frecuente en nuestro medio:

Constituyen una representación del repertorio conductual infantil. Comparan la amplitud de esas capacidades con el repertorio conductual considerado normal dentro de la edad considerada, según plantea N. Bayley.¹⁶

Ninguno de ellos mide inteligencia. El denominado *Índice o Cociente de Desarrollo* obtenido en los diferentes tests no concuerda con *Cociente Intelectual* (CI). Además, los *Puntajes o Cocientes de Desarrollo* obtenidos en menores de 18 meses de vida no predicen el CI a los 4 años o más.

Las *Pruebas de Inteligencia* comprenden un conjunto de comprobaciones que miden distintos aspectos de habilidades intelectuales y funciones cognitivas, y determinan el CI del niño evaluado, tales como los tests de Wechsler,¹⁷ Stanford Bidet,¹⁹ etc., empleados a partir de los 4 años.

Se describen a continuación los tests más empleados en nuestro país:

a. Tests de desarrollo psicomotor y social (Tablas 1 y 2):

1. Test de Bayley II^a edición (Bayley N.).²⁰ evaluación diagnóstica cuanti y cualitativa del desarrollo de niños de 1 a 42 meses. Consta de tres *Escalas: Motora, Mental y Conductual*. Otorga un puntaje global y para cada una de las Escalas, y en qué percentilo se encuentra el valor hallado. La *Escala Motora* valora motricidad y coordinación La *Escala Mental* evalúa ítems correspondientes a las áreas social, de lenguaje y de coordinación (según Gessell), no es una evaluación del desarrollo cognoscitivo del niño. Exige entrenamiento y autorización para su empleo. La *Conductual* valora interacción social; orientación en el ambiente y con los objetos; interés y nivel de actividad, y necesidad para estimulación.

2. Clinical adaptive test/clinical linguistic auditory milestone scale (CAT/CLAMS, Hoon A. et al).²¹ método de screening basado en el Bayley II para la evaluación del desarrollo de niños de 1 a 36 meses que otorga cocientes del desarrollo para el *desarrollo viso-motor (CAT), lenguaje (CLAMS) y cognitivo (CAT/CLAMS)*:

- a. *CAT*: capacidad de resolución de problemas viso-motores (evalúa áreas motora y de coordinación).
- b. *CLAMS*: valora el desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo por medio de una entrevista y cuestionario a los padres y por valoraciones directas con el niño.
- c. *CAT/CLAMS*: es el cociente de desarrollo obtenido a través del promedio entre el cociente de desarrollo CAT y el cociente de desarrollo CLAMS.

3. Tamizador del desarrollo neurológico infantil, de Bayley (BINS, Aylward G.).²² método de screening que evalúa lactantes desde los 3 a los 24 meses, incluye elementos de la *Prueba del Desarrollo Infantil Bayley (2ª Edición)* y la apreciación del tono muscular y el movimiento; compuesto por seis grupos de elementos divididos por edad (3-4 meses, 5-6 meses, 7-10 meses, 11-15 meses, 16-20 meses, 21-24 meses) y cada grupo contiene 11-13 elementos. Estima cuatro áreas o funciones: *Funcio-*

nes /Integridad Neurológicas Básicas; Receptivas y Expresivas, y Procesos Cognitivos (comprende áreas de coordinación, social y motora).

Cada elemento se valora como *rendimiento óptimo (1) o rendimiento no óptimo (0)*, y los resultados de los elementos óptimos se suman hasta alcanzar un Puntaje Total para los elementos acordes con la edad. El Puntaje Total del lactante se compara con las normas y se clasifica al niño como *riesgo bajo, moderado o alto para retraso del desarrollo o deficiencia neurológica*.

4. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP, Rodríguez S. et al):¹⁴ instrumento de screening cuali-cuantitativa del desarrollo en niños de 0 a 24 meses, comprende la evaluación de las áreas social, lenguaje, coordinación y motor.

5. Prueba nacional de pesquisa (PRUNAPE, Lejarraga H. et al):²³ método de screening para niños de 0 a 6 años; evalúa las áreas personal-social; motor fino; motor grueso; lenguaje. Brinda un perfil del desarrollo.

6. DDST (Test de Denver, Frankenburg W. et al):¹⁵ método de screening para niños de 0 a 6 años; evalúa áreas personal-social; motor fino y grueso; lenguaje. Dispensa también un perfil del desarrollo.

7. Guía de desarrollo psicomotor y social de 0 a 2 años (Roy E. et al):⁴ método de screening a través de un perfil del desarrollo de niños de 0 a 24 meses; evalúa áreas social, lenguaje, motora y de coordinación.

8. Escala argentina de inteligencia sensorio-motriz de 6 meses a 2 años (EAIS, Oiberman A. et al):²⁴ prueba diagnóstica cualitativa del desarrollo de la inteligencia práctica de niños de 6 a 24 meses que cursan el período sensorio-motriz, basada en las escalas de Casati y Lezine²⁵) y de M. Hauessler.²⁶ Se fundamenta en la observación directa de la conducta del niño frente a diversas situaciones propuestas por el examinador. Su objetivo es observar los logros del niño en cada una de las series de la prueba y determinar el desarrollo cognoscitivo alcanzado: en qué estadio del desarrollo

Resumen Comparativo de Instrumentos de Evaluación del Desarrollo de Uso Frecuente:^{4,12}

Tabla 1: Escalas elaboradas en EE.UU. y Europa

Test	GESELL (11)	BAYLEY (20)	LEZINE (30)	DDST (15)	CAT/CLAMS (21)	BINS (22)
País	EE. UU	EE. UU.	Francia	EE. UU	EE. UU.	EE. UU.
Rango edad	0-6 a	2-30 meses	0-5 a	0-6 a	1-36 meses	3-24 meses
Áreas	Motora; lenguaje; personal - social; adaptativa.	Escala mental (social, coordinación y lenguaje). Escala motora (motricidad, coordinación) Conductual.	Social-personal; coordinación óculo-motora; lenguaje; motricidad y control de postura.	Social-personal; motricidad fina; lenguaje; motricidad gruesa.	Lenguaje; motricidad: visual.	Funciones: Integridad. Neurológica Básica, - Receptivas, - Expresivas. Procesos. Cognitivos.
Validez	—	Validez concurrente y predictiva.	—	Validez concurrente y predictiva.	Validez concurrente y predictiva.	Validez concurrente y predictiva.
Confiabilidad	—	Consistencia interna y test-retest evaluadas.	—	Confiabilidad test-retest e interjuez evaluadas.	Confiabilidad test-retest e interjuez evaluadas.	Confiabilidad test-retest e interjuez evaluadas.
Criterio ubicación indicado por edad	65%-84%	50% (5%-95%)	—	25%-50% 75%-100%	50%	50% (5%-95%)
Puntuación	Coficiente de desarrollo	Índice de desarrollo psicomotor. Índice de desarrollo mental. Índice conductual.	Coficiente de desarrollo	Perfil	Coficiente de desarrollo (Coficiente de lenguaje; Coficiente visual-motor).	<i>Puntaje total: riesgo bajo, moderado o alto para: retraso del desarrollo o deficiencia neurológica.</i>
Duración	20-30 '	45-75 '	20-30 '	15 '	15-20 '	20 '
Batería	> 20 objetos	> 30 objetos	> 20 objetos	< 10 objetos; entrevista a padres.	< 20 objetos; entrevista a padres.	30 objetos
Ítems	150	163 mentales; 81 motores; Determinación conductual.	150	105	100 (en 2 secciones)	

lo se encuentra, lo que permite planificar las actividades adecuadas para cada niño. Estima el desarrollo de la inteligencia sensorio-motriz o IP en los seis estadios comprendidos en dicho período, lográndose un parámetro de normalidad o deficiencia del desarrollo cognitivo a través de un percentilo. No están aún estudiadas la sensibilidad ni la especificidad.

b. Exámenes del desarrollo motor:

1. Valoración neurológica del recién nacido y el lactante (Amiel-Tison C. et al):²⁷ comprende el examen del cráneo, la inspección y el interrogatorio; analiza tonos pasivo y activo, reflejos osteotendinosos y reacciones posturales durante el 1^{er} año de vida. Consta de 54 ítems; para cada ítem se recuerda el desarrollo normal esquematizado por trimestres; si el resultado es anormal se expresará en la zona gris del protocolo.

2. Examen neuro-motor acotado (Ellison P.):²⁸ versión más breve que el anterior; analiza sólo el tono pasivo a través de cinco signos (maniobra de la bufanda, ángulo poplíteo, talón-oreja, ángulo de aductores y ángulo de dorsiflexión del pie), estadísticamente significativo para clasificar a los lactantes en: **normales, anormales pasajeros o transitorios y anormales** de 6 a 22 meses.

3. Checklist (Bly L.):²⁹ listado de componentes motores específicos durante el primer año de vida, fundamentales en la construcción y logro de objetivos del desarrollo. Se basa en la observación de habilidades motoras. Permite evaluar y monitorear el progreso en adquisiciones de habilidades motoras, componentes motores de la edad apropiada de las distintas habilidades motoras, guiar el tratamiento de bebés con retrasos motores y evaluar el progreso, la adquisición de habilidades motoras y la calidad de su rendimiento. Señala el *Punto llave* en cada mes, base de habilidades motoras futuras. Detecta *signos motores atípicos*, señales de advertencia de presencia de pautas motoras diferentes de lo esperable para determinada edad, y que pueden llevar a patrones motores compensatorios y comprometer subsecuentemente los sistemas biomecánico y músculo-esquelético.

4. Motor assessment of developing infant (Alberta Infant Motor Scale: AIMS, Pipa MC et al):⁴⁸ desde las 40 semanas de edad corregida hasta la edad de marcha independiente (alrededor de 18 meses). Describe la secuencia motora en relación a variaciones posturales (prono, supino, sentado y parado). Consta de 58 ítems: 21 en prono; 9 supino; 12 sentado; 16 parado. Método

Tabla 2: Instrumentos elaborados en América Latina

Test	EDIN (31)	EDHIM (32)	EEDP (14)	tepsi (33)	PRUNAPE (23)	EAIS (24)
País	Costa Rica	Brasil	Chile	Chile	Argentina	Argentina
Rango edad	0-6 años	0-9 años	0-2 años	2-5 años	0-6 años	6-24 meses
Áreas	Reflejos; motricidad gruesa y fina; lenguaje; cognitiva; socio-emocional; hábitos.	Desarrollo físico; mental; social.	Motora; coordinación; social; lenguaje.	Coordinación; lenguaje; motora.	Personal-social; motor fino; motor grueso; lenguaje.	Cognitiva
Validez	Validez de constructo; S/inf. validez concurrente o predictiva.	Validez de constructo;	Validez de constructo; Información parcial validez concurrente y predictiva.	Validez de constructo	Validez de constructo; Valor predictivo +: 94%. Valor Predictivo -: 78%. Sensibilidad: 80% Especificidad: 93%	Validez de constructo; No estudiadas sensibilidad ni especificidad
Confiabilidad	Consistencia interna no evaluada. Confiabilidad interjuez.	—	Confiabilidad test-retest evaluada.	Consistencia interna evaluada. Confiabilidad test-retest evaluada.	Confiabilidad test-etest e interjuez.	Confiabilidad test-retest e interjuez.
Indicador edad	70%	—	75%	50%	25%; 50%; 75%; 90%.	
Puntuación	Rendimiento bajo, adecuado, superior.	Coefficiente de desarrollo.	Coefficiente de desarrollo (PE): normal, riesgo, retraso. Perfil.	Coefficiente de desarrollo (PT): normal, riesgo, retraso. Perfil.	Perfil	Perfil
Duración	—	—	7-15 '	30 '	15 '	
Objetos requeridos	48	—	11	< 30	30	

estandarizado, confiable y válido para discriminar performance motora de niños normales, de riesgo y con alteraciones sutiles en su desarrollo motor no detectados por otros tests. Otorga un puntaje total por comparación con normas según edad en percentilos y un perfil. Diferencia tres grupos de niños según su desarrollo motor: Anormal o atípico; sospechoso y normal. Puede ser empleado por cualquier miembro del equipo de salud entrenado en Neurodesarrollo Infantil.

Conclusiones

Las valoraciones funcionales del desarrollo psicomotriz son formas indirectas de examinar el SNC.

Las escalas más empeladas en la actualidad en nuestro medio para evaluar el desarrollo de menores de dos años están sustentadas en ítems similares derivados de diferentes tests psicológicos y de desarrollo para lactantes y niños preescolares. Facilitan la evaluación y determinación del desarrollo psicomotor global y/o por áreas en forma cuali y/o cuantitativa; consisten en la determinación de la aparición de los distintos hitos del desarrollo, no en el estudio de la calidad ni cómo se logran, es decir, no contemplan el análisis de los mecanismos cognitivos, intelectuales ni los motores empleados para adquirirlos, con excepción de la *EAIS*, la *Checklist* y el *AIMS*.

En el análisis comparativo de los instrumentos, aún en aquellos que incluyen la valoración de los procesos cognitivos, no hay realmente una discriminación adecuada de los mismos. Se caracterizan los procesos o funciones cognitivos con ítems correspondientes a las áreas social, de lenguaje, motora fina y/o de coordinación, no a través de una evaluación del desarrollo cognitivo en sí mismo.

La *EAIS* es un método de estimación del nivel de desarrollo alcanzado por el niño y que permite determinar con mayor precisión los mecanismos intelectuales propiamente dichos, al establecer un parámetro de normalidad o deficiencia del desarrollo cognitivo. Se complementa muy adecuadamente con la aplicación de la *EEDP* en nuestro medio. De importancia en la tarea asistencial para la detección de alteraciones del desarrollo, en prevención de trastornos del desarrollo y aprendizaje, e implementación de intervenciones y derivaciones oportunas y tempranas. Permite sostener las indicaciones de escolarización de niños con patologías de diversa índole, al comprobar con mayor precisión el nivel cognitivo y decidir la categoría académica al que están capacitados, y no determinaciones basadas en

la edad cronológica ni en el tiempo de tratamiento recibido. Facilita el pasaje de niños de riesgo biológico al ingreso escolar según el nivel alcanzado y no por edad cronológica, aunque hayan estado en tratamiento o estimulación temprana.

La *Checklist* permite evaluar el estado motor presente del bebé, el desarrollo adecuado o "típico" de habilidades motoras y detectar tempranamente el retraso en adquisición de habilidades motoras y/o aparición de signos motores "atípicos". A través de la observación del comportamiento del lactante en los distintos decúbitos (dorsal, ventral y en ambos laterales), tracción a sentado y de pie, se estudia la coherencia en el desarrollo observado en cada postura; si hay alguna discordancia ("scatter") se profundizará la evaluación y el interrogatorio y la necesidad o no de tratamiento temprano.

El *AIMS* es un método de evaluación estandarizado aún no muy difundido entre nosotros, empleado en países desarrollados en Programas de Seguimiento de Bebés de Alto Riesgo. Permite la detección temprana de trastornos motores sutiles en edades muy tempranas de la vida, también a través de la observación del comportamiento espontáneo en las distintas posiciones.

Mientras se evalúa a un niño, se puede apreciar la aptitud o aprestamiento, que comprende la voluntad para cumplir las consignas dadas, la destreza en la motricidad fina y las capacidades intelectuales, de atención y de inhibición de la actividad motora gruesa durante la actividad propuesta.

Es importante que se evalúe sistemáticamente el desarrollo, basándose en el conocimiento de sus características y las necesidades y tareas comunes de la crianza del niño.

La elección adecuada de una prueba de desarrollo se debe basar en dos parámetros: el objetivo buscado y las características del test elegido, que figuran en el manual respectivo.

Agradecimientos:

A mis queridas amigas, Lic. Lidia Muzaber y Dra. Enriqueta Roy, entusiastas estudiosas del Neurodesarrollo, y a las demás integrantes del Consultorio de Neurodesarrollo: Dra. L. Cúneo, Lic. R. Bedacarratz, M. Cangelosi, A. Fiorentino, G. Rodríguez, M. Tielli y S. Vivas, Prof. A. B. Álvarez Gardiol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montenegro H, et al. Estimulación temprana. Stgo., Chile: UNICEF, 1978.

2. Garsia-Tornel Florensa S. Pediatría del desarrollo: Nuevas estrategias para el diagnóstico precoz de sus trastornos. *Acta Ped Española* 1997; 55(2):52.
3. Danna I. La inteligencia y el neonato. México, Fdo. Cultura Económica, 1983.
4. Schapira I, et al. Desarrollo normal y prevención de sus trastornos en menores de dos años. Cuidados para evitar accidentes. Bs. As.: Dharmagraf, 2002.
5. Piaget J. El nacimiento de la inteligencia en el niño. Madrid: Aguilar, 1969.
6. Piaget J. La construcción de lo real en el niño. Bs. As.: Proteo, 1965.
7. Pollitt E. Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano. Lima: Fdo. Ed. Pontificia Univ. Católica Perú, 2002.
8. Richmond P. Introducción a Piaget. Bs. As.: Fundamentos, 1970.
9. Lejarraga H, et al. Desarrollo del niño en contexto. Bs. As.: Ed. Paidós, 2004.
10. Gesell A. Ontogénesis del comportamiento del Infante. En: *Manual de Psicología Infantil*. Barcelona: 2ª ed., Ateneo, Ed. Carmichael, Tomo 1, 1964.
11. Gesell A, Amatruda C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Bs. As.: Paidós, 1971.
12. Lira MI. Construcción y evaluación de una técnica de tamizaje de retrasos del desarrollo psicomotor. Stgo. Chile: CEDEP, 1992.
13. Schapira I, et al. Evaluación del neurodesarrollo. En: *Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo*. Bs. As.: Ministerio de Salud. Cap. 6. noviembre 2001.
14. Rodríguez S, et al. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 24 meses. Stgo. Chile: 12ª ed. Galdoc, 1996.
15. Frankenburg W, et al. The revised denver developmental screening test. *Child Develop* 1996; 42, 1315-1325.
16. Bayley N. Bayley scales of infant development. Manual. N.Y.: The Psychological Co., 1969.
17. Wechsler D. Manual WISC II: Wechsler Intelligence Scale for Children Rew. N. Y.: The Psychological Co., 1974.
18. Pipa MC, et al. Motor assessment of developing infant (AIMS: Alberta Infant Motor Scale). Ph: WB. Saunders Co. 1994.
19. Terman LM, et al. Stanford-binet intelligence scale: Manual for the 3rd revision, form L-M. Boston: Houghton- Mifflin, 1973.
20. Bayley N. Bayley scales of infant development. N. Y.: The Psychological Co, 2ª ed. 1997.
21. Hoon AH, et al. Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale in early cognitive assessment. *J Pediatrics* 1993; 123:51-58.
22. Aylward GP. Bayley infant neurodevelopmental screener. San Antonio: The Psychological Co., 1995.
23. Lejarraga H, et al. Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años. Bs. As.: Publ. Nestlé, 1996.
24. Oiberman A, et al. Nacer y pensar. Escala Argentina de Inteligencia (EAIS) de 6 meses a 2 años. Bs. As.: Ed. CIIPME-Conicet 2002: Vol. 1 y 2.
25. Lezine I. La primera infancia. Un estudio psicopedagógico sobre las primeras etapas del desarrollo infantil. Barcelona: Gedisa 1979.
26. Haeussler IM, et al. Pruebas de Piaget para evaluar el desarrollo de la inteligencia entre 0 y 2 años. SNS, Stgo., Chile, 1976.
27. Amiel-Tison C, et al. Valoración neurológica del recién nacido y el lactante. Barcelona: Toray-Masson S.A., 1984.
28. Ellison P, et al. Construction of an infant neurological international battery (Infant) for the assessment of neurological integrity in the infancy. *Phys Ther* 1986; 66:548-550.
29. Bly L. Motor skills acquisition- Checklist. Arizona: Therapy Skill Builders, 2000.
30. Lezine I. El Desarrollo psicomotor del niño. Méjico: Grijalbo, 1971.
31. Ministerio Salud, Secc. Salud Mental. EDIN (Escala de Desarrollo Integral del Niño). Costa Rica: 1979.
32. Marinho H. Escala de desenvolvimento. Río de Janeiro: Soc. Pestalozzi do Brasil. CENESP-MEC., 1977.
33. Haeussler IM, et al. Test de desarrollo psicomotor de 2 a 5 años. Stgo., Chile: 9ª ed., Univ. Católica Chile, 2002.

PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA

Dres. J. Campos Flores, J. Álvarez, P. García, M. Rojas, C. Nemer, M.C. Estiú*

Resumen

Objetivo: Analizar los resultados obstétricos y neonatales en pacientes que presenten en sus antecedentes obstétricos una cesárea y que hayan desarrollado trabajo de parto durante el último embarazo.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.

Fueron incluidas todas las pacientes ingresadas durante los años 2001 y 2002 que reunieron los criterios de inclusión fijados para el estudio (n=423).

Resultados: Del total de 423 pacientes estudiadas, 304 (71.8%) finalizaron su embarazo con un parto vaginal y a 119 pacientes (28.2%) se les realizó una operación cesárea. La indicación más frecuente por la cual requirieron cirugía fue falta de progresión del trabajo de parto (FP 50,4%). Una paciente presentó rotura uterina seguida de histerectomía. La morbilidad perinatal fue semejante a la de la población general.

Conclusiones: La expectación de la paciente con antecedente de una cesárea en su historia obstétrica hasta el trabajo de parto y un seguimiento adecuado del mismo condujo a un alto porcentaje de partos vaginales (71,8%) sin que esto signifique un aumento en la morbimortalidad materna ni perinatal.

Introducción

La tasa de nacimientos por cesárea ha aumentado constantemente a través del tiempo. Datos que provienen del Estudio Latinoamericano de Cesáreas (ELAC), en el que participaron 60 Maternidades Latinoamericanas han permitido identificar dos indicaciones de operación cesárea como las de mayor frecuencia en la región: cesárea anterior y falta de progresión y descenso. Cuando consideramos de qué manera podemos disminuir el número de intervenciones, resulta evidente poner énfasis en analizar estos dos diagnósticos, ya que juntos suman más de la mitad de las indicaciones para repetir la cirugía.

La bibliografía en general reporta un éxito de parto vaginal después de una cesárea que oscila entre un 65% y 80%.

A pesar de los buenos resultados publicados, al tener que definir la vía de finalización del embarazo en pacientes con estas características, diversas controversias se ponen en juego: Riesgos y beneficios para el binomio madre-hijo, riesgos médico-legales a los cuales se exponen los profesionales actuantes y considerar si estamos administrando correctamente los recursos en el sistema de salud.

Llevar a cabo este estudio retrospectivo no solo nos permitió conocer nuestros propios resultados sino también poder mostrar datos relevantes concernientes a la práctica obstétrica diaria.

Objetivo: Analizar los resultados obstétricos y neonatales en pacientes que presenten en sus antecedentes obstétricos una cesárea y que hayan desarrollado trabajo de parto durante el último embarazo.

Material y métodos

Diseño: observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes ingresadas durante los años 2001 y 2002 (n= 12.691) en el Servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Fueron *criterios de inclusión* para el estudio:

- Tener dentro de sus antecedentes obstétricos una cesárea previa.
- Haber finalizado el embarazo actual en nuestro hospital.
- Haber desarrollado trabajo de parto en este último embarazo.

Un total de **423** pacientes reunieron los requisitos para ingresar al estudio; 77 pacientes que presentaban el antecedente de una operación cesárea pero fueron finalizadas de manera electiva por vía quirúrgica fueron *excluidas* por no reunir la totalidad de los criterios de inclusión.

* HMIRS. División Urgencias.

Se analizaron:

1. Datos demográficos: edad, nacionalidad y paridad.
2. Edad gestacional en el momento de la finalización del embarazo. Se dividió la muestra en 4 grupos: Menor a 34 semanas; 34-36.6 semanas; 37 a 40.6 semanas y mayor o igual a 41 semanas.
3. Diagnósticos que motivaron la cesárea que presentaban las pacientes: antecedente y en aquellos casos que finalizaron por cesárea el último embarazo, el diagnóstico que motivó la misma.
4. Tiempo transcurrido desde la cesárea previa. Se agruparon de la siguiente manera: Menor o igual a 1 año; mayor de 1 y hasta 3 años; mayor de 3 y hasta 5 años; mayor de 5 y hasta 7 años; mayor de 7 y hasta 10 años y mayor de 10 años.
5. Complicaciones maternas: rotura uterina, necesidad de transfusión, desgarros cervicales, patologías del alumbramiento.
6. Resultados perinatales: puntaje de Apgar al 1º y 5º minuto, peso del RN, edad gestacional por examen físico.
7. Días totales de internación materna.

Análisis estadístico

Test de homogeneidad de χ^2 o Fisher según correspondiera. El nivel de confianza se fijó en 95% ($p < 0,05$).

Resultados

De un total de 12.691 pacientes que tuvieron sus nacimientos en la Maternidad Sardá durante los años 2001-2002, presentaron el antecedente de una cesárea previa 500 pacientes (3,39%); 77 (15,4%) fueron excluidas ya que se les practicó una cesárea electiva, por lo que el tamaño final de la muestra fue 423 pacientes.

Tabla 1. Datos demográficos y antecedentes

EDAD MATERNA	n	%
<17 años	2	0,5
17-35 años	368	87,0
>35 años	53	12,5
NACIONALIDAD		
Argentinas	289	68,3
Extranjeras	124	29,3
PARIDAD		
Nulíparas	99	23,4
1 parto + 1 cesárea	275	65,0
2 partos + 1 cesárea	32	7,6
3 partos + 1 cesárea	1	0,2
>3 partos + 1 cesárea	16	3,8

En la *Tabla 1* se muestran datos de edad materna, nacionalidad y paridad.

El 90% ($n= 381$) de las pacientes cursaban un embarazo de término (37 a 40.6 semanas).

Dentro de los **diagnósticos** que motivaron la cesárea que presentaba la paciente como antecedente el más frecuente fue la falta de progresión del trabajo de parto (FP) presentándose en el 52,5% del total de pacientes (*Tabla 2*).

Tabla 2. Indicación de la cesárea anterior

Indicación	n	%
Falta de progresión del trabajo de parto	222	52,2
Presentaciones anómalas	27	6,4
Alteración de vitalidad fetal	53	12,5
Score de Bishop < 7	12	2,8
Patología anexial	11	2,6
Patología materna	14	3,3
Otras	10	2,4
Total	423	100

El tiempo transcurrido desde la última cesárea hasta el embarazo actual osciló entre menos de 1 año hasta más de 10 años (*Tabla 3*). El 43,0% de las pacientes se encontraron en el grupo >1 y hasta 3 años. 21 pacientes (5%) con tiempo de cesárea previa menor o igual a 1 año tuvieron trabajo de parto.

Tabla 3. Tiempo desde la cesárea previa hasta el embarazo actual

Años	n	%
≤1	21	5,0
>1 hasta 3	182	43,0
>3 hasta 5	103	24,3
>5 hasta 7	60	14,2
>7 hasta 10	31	7,3
>10	25	5,9
Sin datos	1	0,2
Total	423	100

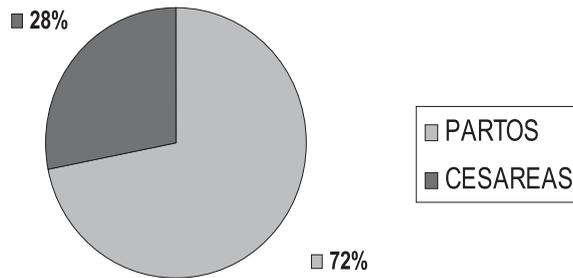
Según la vía de finalización del embarazo (*Figura 1*), de las 423 pacientes estudiadas a 119 (28,2%) se

les realizó una operación cesárea y 304 (71,8%) tuvieron un parto vaginal, discriminados entre:

* Parto vaginal espontáneo: 237 pacientes (56%).

* Parto vaginal instrumental (fórceps): 67 pacientes (15,8%).

Figura 1. Forma de finalización del embarazo.



Los diagnósticos preoperatorios más frecuentes en la finalización por cesárea fueron: Falta de Progresión del Trabajo de parto en el 50,4% (n= 60), dolor en cicatriz de cesárea anterior en el 20,1% (n= 24) y alteración de la vitalidad fetal en el 16% (n= 19). (Tabla 4).

Tabla 4. Diagnóstico preoperatorio de la cesárea en el último embarazo

Diagnóstico preoperatorio	n	%
Falta de progresión del trabajo de parto	60	50,4
Alteración de la vitalidad fetal	19	15,9
Desproporción feto-pélvica	6	5,0
Periodo expulsivo prolongado	3	2,5
Dolor cicatriz	24	20,1
Otras	7	5,8
Total	119	99,7

Solamente 15 pacientes del total (3,5%) presentaron **meconio** durante el trabajo de parto. De ellas, 9 pacientes (60%) pertenecen al grupo de cesárea y 6 (40%) a las que finalizaron en parto vaginal.

Complicaciones maternas

El 95,5% de las pacientes (n= 404) no presentaron ningún tipo de complicación materna. El 4,5% restante (n= 19) presentó las siguientes complicaciones: 9 desgarros cervicales, 4 patología del alumbramiento, 5 dehiscencias de cicatriz uterina previa y 1 rotura uterina más histerectomía.

Del total de las 423 pacientes sólo hubo un caso de rotura uterina que representó el 0,23% del total de la población. La madre y el niño evolucionaron satisfactoriamente.

Resultados neonatales

Peso al nacer: La mayoría de los recién nacidos (RN) presentaron peso al nacer entre 3.000 y 3.999 gramos; 47 de los RN (11,2%) tuvieron un peso superior a 4.000 gramos.

Edad gestacional: La edad gestacional al nacer calculada por Test de Capurro correspondió con la edad gestacional calculada por FUM y/o por ecografía. El 91,7% (n= 388) de los recién nacidos fueron de término; 7,3% (n= 31) fueron pretérmino y 0,9% (n= 4) postérmino.

Puntaje de Apgar al 1º y al 5º minuto: al 1er minuto fue mayor a 7 en el 97,6% de los recién nacidos (n= 413). No se registró ningún caso de recién nacido con Apgar menor de 4 al primer minuto. En el 100% de los casos el score de Apgar al 5º minuto fue mayor de 7. No se presentó ninguna complicación neonatal.

Días de internación: El 95% (n= 402) de las pacientes permanecieron internadas entre 2 y 4 días.

Al evaluar si la paridad entre los grupos que finalizaron por parto vaginal o por cesárea mejoraba los resultados a favor de la vía baja se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos (Tabla 6). El hecho de haber tenido al menos un nacimiento por vía baja aumenta la probabilidad de parto después de una cesárea.

Tabla 5. Relación entre paridad y vía de finalización del embarazo

Paridad	Finalización	
	parto	cesárea
Nuliparas	182	93
Partos previos	122	26
Total	304	119

Chi²: p <0,05

El diagnóstico que motivó la cesárea anterior no influyó en la forma de finalización del último embarazo. No se encontró diferencia estadísticamente significativa (Tabla 6).

Tabla 6. Motivo de la cesárea anterior y vía de finalización del último embarazo

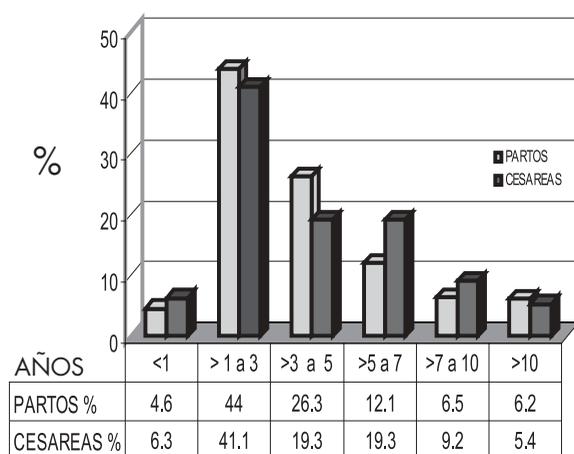
Diagnóstico de la cesárea previa	Forma de finalización	
	Partos	Cesáreas
Falta de progresión del t. de parto	159 (52,35%)	75 (63%)
Presentación anómala	57 (18,8%)	17 (14,3)
Desproporción feto pélvica	23 (7,6%)	4 (3,4%)
Alteración de vitalidad fetal	37 (12,2%)	16 (13,3)
Patología anexial	8 (2,6%)	3 (2,5%)
Patología materna	12 (3,9%)	2 (1,7%)
Otros	8 (2,6%)	2 (1,7%)
Total	304 (100%)	119 (100%)

Chi²: p <0,4

Al analizar el tiempo transcurrido desde la cesárea previa en relación con la forma de terminación del embarazo no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (*Figura 2*).

Como era de esperar la edad gestacional por FUM y/o ecografía respecto de la vía de finalización del embarazo no reveló diferencia estadística entre los dos grupos (p = 0,78).

Figura 2. Tiempo (años) transcurrido desde la cesárea previa y vía de finalización en el último embarazo (p = 0,27)



Las complicaciones maternas relativas a la cicatriz uterina previa de acuerdo a las dos vías de finalización del embarazo se muestran en la *Tabla 7*.

Tabla 7. Complicaciones maternas relativas a la cicatriz uterina previa y vía de finalización del embarazo

Complicación materna	Forma de finalización	
	Parto	cesárea (n)
Dehiscencia parcial de histerorrafia	3	2
Rotura uterina más		
Histerectomía	0	1
Total	3	3

En los dos grupos, parto vaginal y cesárea, se presentaron 3 dehiscencias de cicatriz de cesárea anterior. En el grupo que finalizó en parto vaginal ninguna de las tres pacientes requirió laparotomía exploradora. En cuanto a las pacientes que finalizaron en cesárea, una dehiscencia parcial fue un hallazgo intraoperatorio (cesárea por falta de progresión del trabajo de parto). La paciente tuvo buena evolución posquirúrgica.

La segunda dehiscencia parcial fue operada por sospecha de rotura uterina confirmándose el diagnóstico preoperatorio también con buena recuperación.

Una sola paciente presentó rotura uterina y fue operada con sospecha semiológica de dicho diagnóstico. El cuadro fue resuelto con histerectomía total. Requiere transfusión de glóbulos rojos. Buena evolución posquirúrgica.

Discusión

El parto vaginal después de una cesárea se ha convertido en un importante recurso para dismi-

nuir el número de cesáreas. Sin embargo, aún persisten los temores acerca de si es conveniente un trabajo de parto después de una cesárea para el binomio madre-hijo, como también persisten las dudas acerca de si vale la pena que el profesional se exponga a riesgos médico-legales por la eventuales complicaciones.

En 1999, 30% de las cesáreas en USA eran iterativas. Entre 1989 y 1996 el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) aumentó en un 50%, pero ha disminuido en modo constante desde 1996.

Las recomendaciones señalan que casi todas las mujeres con una cesárea previa e incisión uterina transversal segmentaria son candidatas a PVDC y deben ser asesoradas al respecto. Según la ACOG la selección de pacientes para ser candidatas a un PVDC lleva a un 60-80% de éxito de parto vaginal.

El presente trabajo describe la situación actual en nuestro medio. En nuestra muestra se obtuvo un 71,8% de partos vaginales después de una cesárea anterior. La indicación más frecuente para la segunda cesárea fue la falta de progresión y descenso. En ambos puntos coincidimos con lo presentado en la bibliografía general.

Al evaluar la paridad en relación a la vía de finalización del embarazo actual, la bibliografía permanece controvertida. Nosotros en concordancia con algunos autores, encontramos diferencia estadísticamente significativa entre los grupos que finalizaron por parto vaginal o por cesárea, y consideramos que un parto anterior aumenta la probabilidad de parto vaginal posterior a una cesárea.

Shipp y colaboradores emitieron la hipótesis de que un intervalo breve entre una cesárea y el subsiguiente trabajo de parto puede aumentar el riesgo de rotura uterina por tiempo insuficiente para la cicatrización. En nuestro estudio aquellas pacientes con un intervalo entre nacimientos de 18 meses o menos, la tasa de rotura uterina fue de 2,3% en comparación con una de 1% en mujeres con intervalos más prolongados. Cuatro de las 21 pacientes con intervalo menor a 1 año entre la cesárea anterior y el nacimiento actual ninguna de ellas presentó rotura uterina. No hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al tiempo transcurrido desde la cesárea anterior.

Se ha sugerido que el riesgo de rotura pudiese aumentar según el peso fetal debido a la distensión uterina acompañante. Si bien es posible un pequeño incremento en el riesgo según la bibliografía, no encontramos que la presencia de macrosomía (en

nuestra muestra 11,2% de los recién nacidos) se vincule con un aumento del riesgo de rotura uterina.

En cuanto a las complicaciones maternas mayores, solo hubo una rotura uterina que necesitó la realización de histerectomía. Las cifras presentadas en la bibliografía oscilan entre 1,5% y 3,5% por lo que consideramos a nuestros resultados como alentadores.

Con respecto a las complicaciones menores relacionadas con la cicatriz uterina de la cesárea anterior, se encontraron 3 dehiscencias parciales e incompletas en el grupo de parto vaginal. No requirieron tratamiento quirúrgico. Cursaron un postoperatorio normal. Dentro del grupo de cesáreas, se encontraron dos dehiscencias parciales e incompletas: Una fue un hallazgo intraoperatorio, asintomático (el diagnóstico preoperatorio fue falta de progresión del trabajo de parto) y la segunda se operó con la presunción de rotura uterina (dolor en cicatriz). Esto coincide con la bibliografía, en cuanto a la similitud de tasas de dehiscencia asintomática en ambos grupos.

Ambas tuvieron un postoperatorio normal, sin requerir cuidados especiales. Todas las pacientes permanecieron internadas entre 2 y 4 días.

En cuanto a los recién nacidos, un 97,6% de ellos tuvo Apgar >7 al primer minuto de vida y el 100% al 5° minuto. No hubo ninguna complicación neonatal.

La capacidad de los obstetras para evaluar el riesgo de rotura uterina basado en las características de cada mujer, puede aumentar la seguridad de un trabajo de parto después de cesárea. Se deben considerar factores específicos, que incluyen la historia obstétrica de la paciente, las características de su embarazo actual y por último, la posibilidades de atención del trabajo de parto que puede brindar la Institución donde se va a realizar la práctica como las posibilidades de la paciente para concurrir en tiempo y forma según las indicaciones que se le brinden.

Se encontraron múltiples estudios que señalan frecuencias superiores o similares a las encontradas por nuestro trabajo. Como vemos, el riesgo de rotura uterina es poco muy frecuente, pero al presentarse implica resultados adversos materno fetales severos.

Los resultados de este trabajo alientan a perseverar en el ofrecimiento a la paciente de un parto vaginal después de una cesárea. Si se selecciona adecuadamente a las mismas, la tasa de partos vaginales es elevada y las complicaciones se reducen notablemente.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- NCHS. Nacional Vital Statistics Report. 2000; 48(14).
- Bianconi HM y col. Guía para el manejo de la prueba de parto después de primera operación cesárea. 2000-2001. SOGIBA.
- ACOG. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington, DC: ACOG; July 2000. Practice Bulletin N°5.
- SOGC Clinical Practice Guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005.
- ACOG. Vaginal birth alter previus cesarean delivery. Washington, DC: ACOG; july 2004. Bulletin N54.
- Lieberman E. Factores de riesgo de rotura uterina durante una prueba de trabajo de parto después de cesárea. Clin Obstet Gynecol 2001; 44(3):567-578.
- Arijit B, et al. Management of previous cesarean sections. Curr Opin Obstetrics and Gynaecology 2003; 15:123-129.
- Niemann I, et al. Primary cesarean section- what happens next- time?. 2003; 165(11):1130-1132.
- Bujold E, et al. Interdelivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(5):1199-1202.
- Brill Y, et al. Vaginal birth after caesarean section: Review of antenatal predictors of success. 2003; 25(4):275-286.
- Elkousy MA, et al. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am J Obstet Gynecol 2003; 188(3):824-830.
- Guise JM, et al. Safety of vaginal birth cesarean: A systematic review. Obstet Gynecol 2004; 103(3); 420-9.
- Chauhan, SP, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. Am J Obstet Gynaecol 2003; 189(2): 408-17.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RIESGO DE PARTO PREMATURO

*Bryan S. Michalowicz, D.D.S., James S. Hodges, Ph.D., Anthony J. DiAngelis, D.M.D., M.P.H., Virginia R. Lupo, M.D., M.P.H., M. John Novak, B.D.S., Ph.D., James E. Ferguson, M.D., William Buchanan, D.M.D., M.Md.Sc., James Bofill, M.D., Panos N. Papapanou, D.D.S., Ph.D., Dennis A. Mitchell, D.D.S., M.P.H., Stephen Matseoane, M.D. y Pat A. Tschida, Ph.D., para el estudio OPT**

Departamento de Ciencias Quirúrgicas y del Desarrollo (B.S.M.) y la División de Bioestadística (J.S.H., P.A.T.), Universidad de Minnesota; y los Departamentos de Odontología (A.J.D.) y Obstetricia y Ginecología (V.R.L.), Centro Médico del Condado de Hennepin, Minneapolis; Centro de Investigación sobre Salud Dental (M.J.N.) y Departamento de Obstetricia y Ginecología (J.E.F.), Universidad de Kentucky, Lexington; Departamentos de Periodontología y Ciencias Preventivas (W.B.) y Obstetricia y Ginecología (J.B.), Centro Médico de la Universidad de Mississippi, Jackson; y División de Periodontología, Columbia University (P.N.P., D.A.M.); y Departamento de Obstetricia y Ginecología, Harlem Hospital (S.M.), Nueva York.

Para solicitar copias de este artículo: Dr. Michalowicz, 17-116 Moos Tower, 515 Delaware St. SE, Minneapolis, MN 55455, o micha002@umn.edu.

New England Journal of Medicine 2006;355:1885-94.

Traducción: Dr. Oscar Torres

Resumen

Introducción: Algunos autores han establecido una asociación entre la enfermedad periodontal materna y un mayor riesgo de parto prematuro y de bajo peso al nacer. Estudiamos el efecto del tratamiento periodontal no quirúrgico sobre la tasa de partos prematuros.

Métodos: Se realizó una asignación aleatoria de mujeres con embarazos de entre 13 y 17 semanas de gestación a las que se les realizaría raspado y alisado radicular, ya fuera antes de las 21 semanas (413 pacientes del grupo de tratamiento) o después del parto (410 pacientes del grupo de control). Las pacientes del grupo de control también recibieron un pulido dental e instrucción sobre higiene dental. La variable de interés principal fue la edad gestacional al final del embarazo. Las variables secundarias fueron el peso al nacer y la proporción de casos de bajo peso para la edad gestacional.

Resultados: En el análisis de seguimiento, se regis-

traron 49 partos prematuros (antes de las 37 semanas de gestación) entre 407 pacientes (12%) dentro del grupo de tratamiento (44 nacimientos con vida), y 52 partos prematuros (12,8%) entre 405 pacientes del grupo de control (38 nacimientos con vida). Si bien el tratamiento periodontal mejoró los resultados de la periodontitis ($P < 0,001$), no afectó significativamente el riesgo de parto prematuro ($P = 0,70$; razón de riesgo para el grupo de tratamiento vs. grupo de control: 0,93; intervalo de confianza [IC 95%, 0,63 a 1,37]). No se registraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y de control respecto del peso al nacer (3.239 g y 3.258 g, $P = 0,64$) o de la cantidad de neonatos con bajo peso para la edad gestacional (12,7% y 12,3%; odds ratio: 1,04; IC 95%, 0,68 a 1,58). Hubo 5 abortos espontáneos o muertes fetales en el grupo de tratamiento, y 14 en el grupo de control ($P = 0,08$).

Conclusiones: El tratamiento de la periodontitis en las mujeres embarazadas mejora el estado de la enfermedad periodontal y resulta seguro, pero no altera significativamente las tasas de parto prematuro, bajo peso al nacer o restricción del crecimiento intrauterino (ClinicalTrials.gov, NCT00066131).

* Otros investigadores del Estudio sobre Obstetricia y Tratamiento Periodontal se mencionan en el Apéndice.

Aproximadamente un 11% de los partos eutócicos en Estados Unidos tuvieron lugar antes de las 37 semanas de gestación,¹ y la tasa de parto prematuro ha aumentado en los últimos 15 años. Los neonatos prematuros o con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de muerte y de desarrollo de discapacidades neurológicas, deterioro cognitivo y trastornos de comportamiento.²⁻⁴ Aproximadamente la mitad de las madres de neonatos prematuros no presentaban factores de riesgo conocidos.⁵ En estudios recientes, se sugiere que la periodontitis, una enfermedad inflamatoria provocada principalmente por bacterias Gram negativas que destruyen el hueso y el tejido conectivo que soportan la dentadura, está asociada con un mayor riesgo de parto prematuro, así como de bajo peso al nacer y preeclampsia.⁶⁻⁸

En roedores, la inoculación subcutánea con patógenos periodontales provoca reducciones dependientes de la dosis en el peso de la lechigada y evidencia la producción de citoquinas y prostaglandinas que marcan el parto prematuro cuando se encuentran en el líquido amniótico.^{9,10} En humanos, sin embargo, no se ha establecido ningún vínculo entre la periodontitis y los partos prematuros o el bajo peso al nacer, y no se ha podido encontrar asociación alguna en varios estudios epidemiológicos.¹¹⁻¹³

Los datos de dos estudios clínicos de centro único permiten sugerir que el tratamiento periodontal durante el embarazo puede reducir la tasa de partos prematuros,^{14,15} sin embargo, en un estudio reciente no se estableció ninguna asociación entre el cuidado periodontal durante el embarazo y el bajo peso al nacer.¹⁶ El objetivo del diseño del presente estudio fue determinar si el tratamiento periodontal no quirúrgico en pacientes embarazadas reduce el riesgo de parto antes de las 37 semanas, además de observar si aumenta el peso al nacer y reduce la proporción de neonatos pequeños para la edad gestacional.

Métodos

El Estudio sobre Obstetricia y Tratamiento Periodontal (OPT, por sus siglas en inglés) fue un ensayo controlado, aleatorizado y doble ciego que investigó los efectos del tratamiento periodontal no quirúrgico sobre el embarazo en lo que respecta a la edad gestacional y el peso al nacer. Un organismo independiente de control de seguridad e información se reunió dos veces al año para revisar los resultados de cada período. El organismo de revi-

sión institucional de cada centro participante aprobó el estudio y todas las pacientes incluidas en él firmaron un consentimiento informado por escrito.

Población estudiada

Se incluyeron pacientes del Centro Médico del Condado de Hennepin (Minneapolis), la Universidad de Kentucky, el Centro Médico de la Universidad de Mississippi y el Hospital de Harlem (Nueva York). Las pacientes potenciales fueron identificadas por los profesionales médicos. Se realizaron evaluaciones en clínicas obstétricas para detectar enfermedad periodontal en mujeres embarazadas de, como mínimo, 16 años de edad y con al menos 16 semanas y 6 días de gestación. A diferencia de la gingivitis, no es posible detectar la periodontitis sólo mediante un examen visual. Para ello, es necesario insertar una sonda en el surco gingival, entre los dientes y las encías. La pérdida de inserción clínica (en milímetros) permite estimar la gravedad de la destrucción del tejido conectivo dental y del hueso alveolar. La pérdida de inserción suele estar acompañada por la profundización del surco gingival, cuya profundidad se determina mediante un sondaje. Las pacientes con **profundidades de inserción superiores a 4 mm** y evidencia de **pérdida de inserción clínica** fueron consideradas para su inclusión en el examen básico.

Para ser incluidas en el estudio, las pacientes debían poseer al menos 20 dientes naturales y enfermedad periodontal, definida como la presencia de 4 o más dientes con una profundidad de, como mínimo, 4 mm y pérdida de inserción de al menos 2 mm, así como sangrado ante el sondaje en un mínimo de 35% de los dientes. No se incluyeron aquellas pacientes con fetos múltiples, quienes requerían profilaxis antibiótica para los procedimientos periodontales, quienes presentarían condiciones médicas que impedirían el tratamiento dental, quienes tuvieran un deterioro dental avanzado y quienes pudieran tener menos de 20 dientes después del tratamiento inicial.

Intervención del estudio

Las participantes se asignaron de forma aleatoria a fin de que algunas recibieran tratamiento antes de las 21 semanas y otras, después del parto. La asignación, estratificada por centro con el uso de bloques aleatorios permutados de 2 y 4, se realizó mediante una llamada telefónica al centro coordinador.

El tratamiento consistió en raspado y alisado radicular periodontal (es decir, remoción de la placa y el sarro dental del esmalte y la raíz) utilizan-

do instrumentos manuales y ultrasónicos, así como anestesia cuando fuera necesario. Se admitieron hasta cuatro consultas por tratamiento. Las participantes del tratamiento también recibieron información sobre la higiene oral; luego se les realizó un pulido dental mensual y reinstrucción sobre higiene oral, así como raspado y alisado, mientras fuera necesario, hasta el parto. Las pacientes de control recibieron solamente un breve examen oral en seguimientos mensuales, pero asistieron a la misma cantidad de consultas que el grupo de tratamiento. Luego del parto, se aplicó a las pacientes del grupo de control el mismo tratamiento dental que habían recibido las del grupo de tratamiento. Todas las

pacientes recibieron un vale de regalo por \$20 y un juguete infantil luego de cada consulta.

Variables

La variable de interés principal fue la edad gestacional al final del embarazo. La edad gestacional se determinó en el momento de la asignación aleatoria en función del último periodo menstrual o de los resultados de una ultrasonografía, como se describe en otros informes.¹⁷ Entre las variables secundarias se incluyeron el peso al nacer, la proporción de casos de bajo peso para la edad gestacional, puntajes de Apgar y número de internaciones en la unidad de terapia intensiva neonatal.

Tabla 1. Características de base de las pacientes estudiadas*

Característica	Grupo de control (N = 410)	Grupo de tratamiento (N = 413)	Valor P
Edad: años	25,9±5,5	26,1±5,6	0,56
Raza o grupo étnico: núm. (%)†			
Blanca	119 (29,0)	116 (28,1)	0,77
Negra	182 (44,4)	190 (46,0)	0,64
Hispana	180 (43,9)	170 (41,2)	0,43
Educación: núm. (%)			0,88
≤8 años	76 (18,5)	78 (18,9)	
9-12 años	242 (59,0)	237 (57,4)	
>12 años	92 (22,4)	98 (23,7)	
Edad gestacional media del feto: semanas	15,0±1,3	15,0±1,3	0,85
Embarazos previos: núm. (%)‡			
Todo tipo de embarazo	305 (74,4)	306 (74,1)	0,92
Nacimiento prematuro con vida§	44 (16,5)	33 (12,5)	0,18
Aborto espontáneo	94 (30,8)	108 (35,3)	0,24
Aborto inducido	67 (22,0)	52 (17,0)	0,12
Muerte fetal	6 (2,0)	9 (2,9)	0,44
Condición médica coexistente: núm. (%)			
Diabetes	8 (2,0)	16 (3,9)	0,10
Hipertensión crónica	9 (2,2)	16 (3,9)	0,16
Drogadicción declarada	7 (1,7)	15 (3,6)	0,09
Consumo de alcohol declarado	8 (2,0)	8 (1,9)	0,99
Trastornos alimentarios	0	2 (0,5)	0,16
Estado dental			
Cantidad de dientes naturales	26,8±1,7	26,7±1,8	0,67
Cantidad de dientes pasibles de inclusión en el estudio	14,4±6,7	15,2±6,8	0,08
Porcentaje de dientes con sangrado ante el sondaje	69,0±17,1	69,6±17,4	0,62
Porcentaje de sitios con profundidad ≥4 mm	24,8±15,9	26,5±16,6	0,13

* Los valores más-menos son valores medios ±SD.

† La raza o el grupo étnico fue indicado por las pacientes. Algunas mujeres seleccionaron más de una categoría y fueron incluidas en todas.

‡ Algunas pacientes declararon más de un suceso.

§ Porcentajes basados en 266 mujeres en el grupo de control y 265 en el grupo de tratamiento con nacimientos con vida previos.

¶ Porcentajes basados en 305 mujeres en el grupo de control y 306 en el grupo de tratamiento con embarazos previos.

Evaluación clínica, recolección de datos y control de la seguridad

Antes de comenzar el estudio, los examinadores periodontales recibieron orientación por parte de un mismo médico (Dr. Michalowicz), y se estandarizaron las técnicas mediante los criterios antes descritos.¹⁸ Durante el estudio, se verificó la estandarización de las técnicas de examen mediante los mismos criterios, y para comprobar que los resultados podían reproducirse entre los distintos examinadores, éstos volvieron a evaluar un grupo de dientes seleccionados en 5% de las participantes. Se encontró una correspondencia en la profundidad de sondaje y la medida de pérdida de inserción (dentro de 1 mm) de 98%.

En el primer examen, las pacientes informaron su historia de embarazo y declararon si estaban en tratamiento con alguna medicación. Los examinadores midieron la profundidad de sondeo, la pérdida de inserción clínica y el sangrado en seis sitios de cada diente; también evaluaron la placa¹⁹ y el sarro²⁰ en los dientes seleccionados. El sangrado ante el sondaje se evaluó como presente o ausente. Se derivó a las pacientes a un dentista para el tratamiento de los dientes con absceso, fracturados o que podrían presentar síntomas durante el estudio. Se repitieron los controles periodontales entre las 21 y 24 semanas de gestación, y entre las 29 y 32 semanas.

Una enfermera de la Unidad de Obstetricia fue la encargada de recabar los datos relacionados con el parto y con el estado postnatal, así como sobre los factores de riesgo para el parto prematuro, según la historia clínica de las pacientes. Se identificaron los sucesos adversos mediante una revisión de la historia clínica y de los informes de las pacientes. Ni los examinadores ni las enfermeras contaban con datos sobre las asignaciones al grupo de estudio.

Se realizó un control de las pacientes para identificar sucesos adversos y para evaluar la progresión de la periodontitis, identificada por cualquier aumento en la pérdida de inserción clínica de 3 mm o más.²¹ El **tratamiento** de la enfermedad progresiva no se postergó hasta después del parto en ningún grupo, excepto en casos donde el tratamiento estaba contraindicado debido a una edad gestacional avanzada (a partir de mediados del tercer trimestre). Todas las pacientes con enfermedad progresiva en menos de seis sitios recibieron alisado radicular en dichos sitios. Las pacientes con más de seis sitios afectados asistieron a un periodontista para recibir tratamiento. En las pacientes afectadas del grupo de control se realizó raspado y alisado radicular, mientras que en las pacientes del grupo

de tratamiento se realizó alisado radicular, se aplicaron antibióticos por vía sistémica y se efectuó irrigación subgingival con soluciones antimicrobianas. En las pacientes con enfermedad progresiva, se realizaron las últimas medidas periodontales antes del tratamiento de rescate.

Análisis estadístico

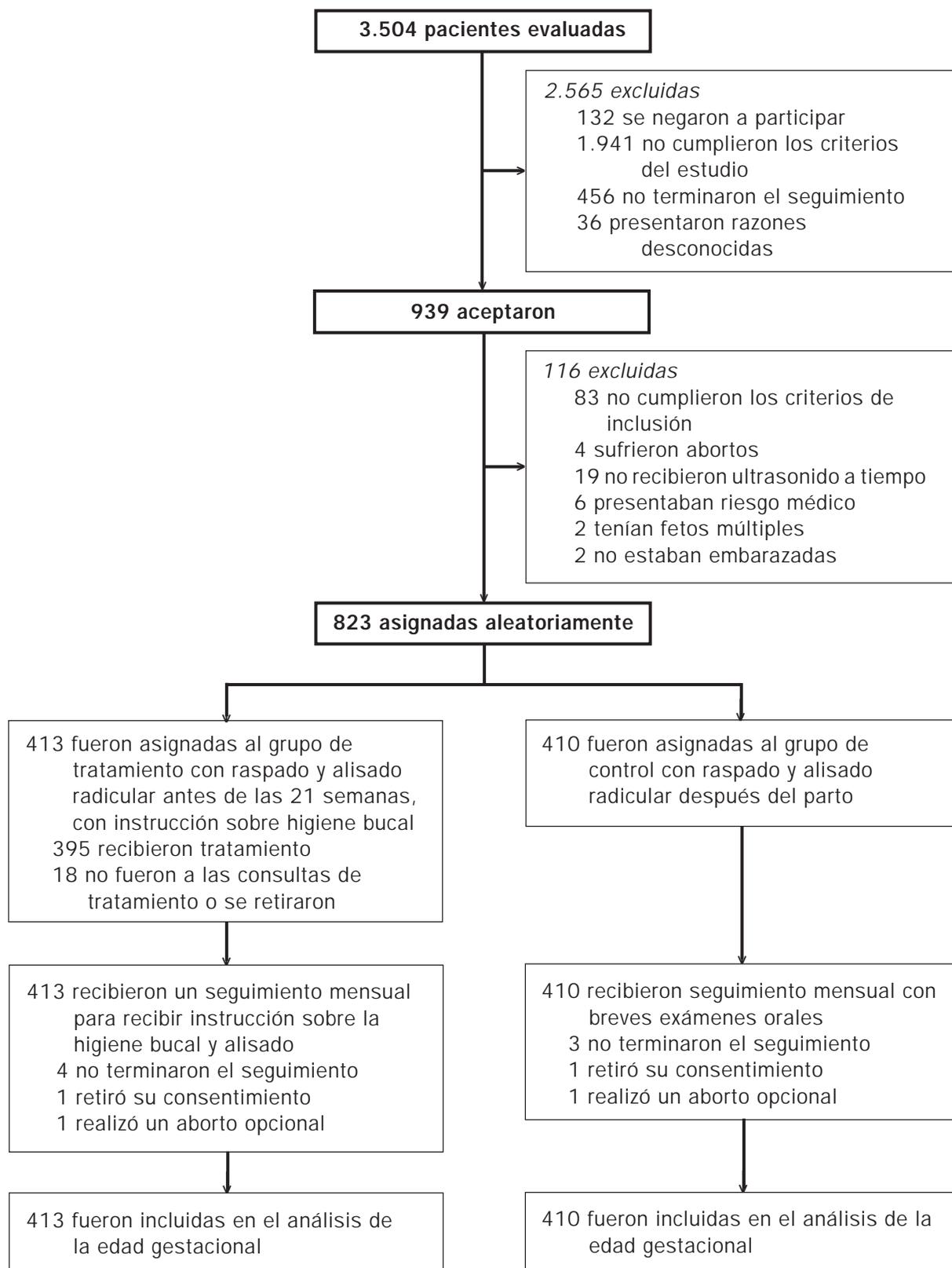
Todos los análisis se realizaron según el principio de "intención de tratar", excepto cuando se especificó lo contrario. A fin de concentrarnos en las diferencias en las edades gestacionales más bajas, las edades gestacionales fueron censuradas a partir de las 37 semanas.

En el análisis principal, se compararon los grupos según su edad gestacional en el momento del parto utilizando una prueba de rango logarítmico estratificada por centro. Para calcular la potencia, se estimó la distribución de tiempo hasta el suceso dentro del grupo de control, con datos piloto de dos centros de selección. Para estimar la distribución deseada de las edades gestacionales del grupo de tratamiento, se agregaron a la distribución de edad gestacional del grupo de control 5, 3 y 2 semanas para gestaciones en la semana 20, 25 y 30 a 35, respectivamente, con interpolación para las edades gestacionales intermedias. Se estimó la potencia simulando los datos de estas distribuciones. Con un error tipo I unilateral de 0,05 e incluyendo una pérdida de 30% en el seguimiento, se calculó que serían necesarias 405 pacientes por grupo para obtener datos de relevancia estadística con una potencia de 90%. En los análisis ajustados con regresión de Cox, se agregaron factores de riesgo de base, incluso el uso de alcohol o drogas declarado por la paciente, el grupo étnico o racial, la edad de la madre, el tiempo transcurrido desde el embarazo anterior (en meses) y la presencia de determinadas infecciones.

Los primeros siete desenlaces del embarazo del estudio fueron abortos espontáneos o muertes fetales. En consecuencia, con aprobación del organismo de control, se agregó un análisis de riesgos competitivos²² con dos tipos de sucesos: nacimiento con vida y aborto espontáneo o muerte fetal. En el análisis de riesgos competitivos, se trataron los siete primeros sucesos como generadores de hipótesis y se utilizaron los sucesos posteriores para probar la hipótesis.

Todas las medidas periodontales se analizaron mediante modelos lineales mixtos, y se modificó la línea de base a fin de incluir la consulta de seguimiento a los dos o cuatro meses como variable

Figura 1. Inclusión de pacientes en el estudio.



Los datos de pacientes que no completaron el seguimiento, retiraron su consentimiento o realizaron abortos opcionales no fueron eliminados en el momento del suceso.

dependiente. Los análisis iniciales sólo incluían los factores de diseño del estudio (el centro, el grupo de tratamiento, la consulta de seguimiento y las interacciones), mientras que en los análisis ajustados se usaron los factores de diseño y los factores de riesgo de base.

Se realizaron cuatro análisis intermedios semestrales para las reuniones del organismo de control mediante el método de Land-Demets y la función de gasto alfa O'Brien-Fleming.²³ Todos los valores P informados son bilaterales y no fueron ajustados para pruebas múltiples.

Resultados

Se asignaron 823 pacientes de forma aleatoria a dos grupos entre marzo de 2003 y junio de 2005: 413 fueron asignadas al grupo de tratamiento y 410 al grupo de control (Figura 1). Once pacientes del grupo de tratamiento y ocho pacientes del grupo de control fueron asignadas erróneamente después de 16 semanas y 6 días, pero fueron incluidas en los análisis. El seguimiento finalizó en diciembre de 2005.

En la Tabla 1 se resumen las características de base de los dos grupos. Entre 531 pacientes con embarazos anteriores que finalizaron en un nacimiento con vida, 77 (14,5%) habían tenido un parto prematuro anterior. Según las mediciones periodontales clínicas, se estableció que la mayoría de las pacientes sufrían periodontitis generalizada leve a moderada.

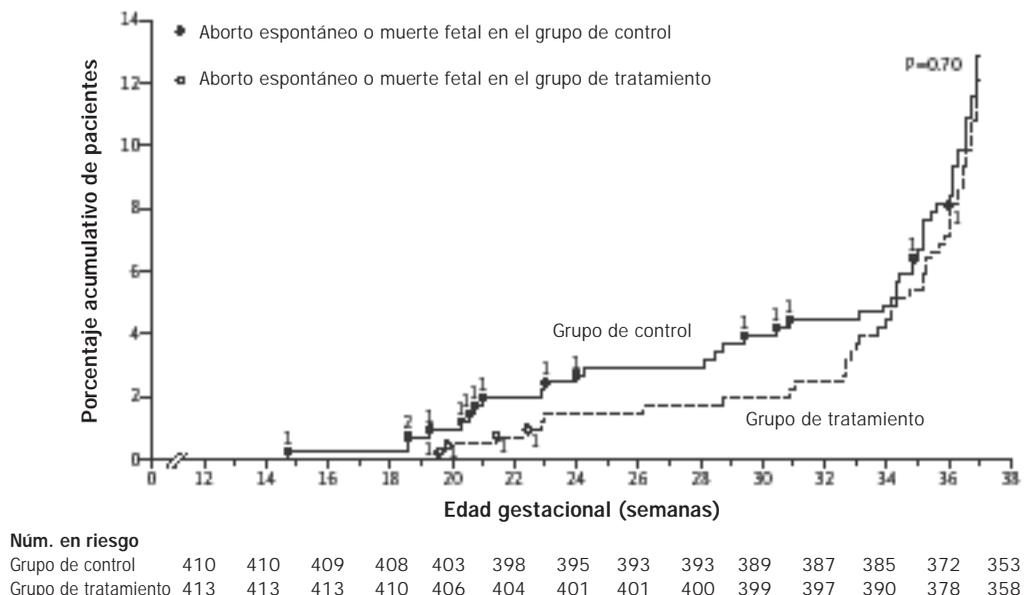
Durante el estudio del embarazo, se diagnosti-

caron infecciones del tracto urinario en 22% de las pacientes, vaginosis bacteriana en 12%, diabetes gestacional en 6% y colonización por estreptococo B en 16%; 13% declaró consumir tabaco. Las frecuencias indicadas no revelaron diferencias significativas entre los dos grupos.

Datos sobre los nacimientos

Se obtuvieron datos sobre la edad gestacional al final del embarazo para 814 de 823 mujeres (98,9%) (Figura 1). En 11 pacientes del grupo de tratamiento y 8 del grupo de control se debió inducir el parto antes de las 37 semanas (razón de riesgo para las mujeres del grupo de tratamiento y del grupo de control, 0,93; intervalo de confianza [IC] 95%; 0,63 a 1,37; P= 0,70) (Figura 2). Los resultados no variaron al excluir las pacientes con abortos espontáneos o cuando se consideró que los partos previos a las 37 semanas imposibilitaban la continuación del seguimiento en el momento del parto inducido. Los grupos no presentaron diferencias de relevancia después de ajustar las características de base (razón de riesgo 0,85; IC 95%, 0,55 a 1,30; P= 0,45). No se registraron diferencias significativas en los efectos del tratamiento sobre los partos prematuros entre los distintos centros (P= 0,30 para la interacción entre los grupos según el centro) o relacionadas con la raza o el grupo étnico (P= 0,76 para la comparación entre pacientes negras y de otras razas; P= 0,52 para la comparación entre pacientes hispanas y de otros grupos étnicos).

Figura 2. Curva de Kaplan-Meier de la incidencia acumulativa de embarazos finalizados antes de las 37 semanas.



Un total de 2 pacientes del grupo de tratamiento y 4 del grupo de control sufrieron abortos espontáneos (pérdida antes de las 20 semanas); 3 pacientes del grupo de tratamiento y 10 del grupo de control presentaron muerte fetal (pérdida entre las 20 semanas y las 36 semanas y 6 días). Hubo tres casos

en el grupo de tratamiento y nueve en el grupo de control de aborto espontáneo o muerte fetal después de que se decidió considerar estos sucesos como variables de estudio separadas. En el análisis de riesgos competitivos, no se registraron diferencias significativas entre los grupos en el riesgo de

Tabla 2. Variables periodontales clínicas y del nacimiento*

Variable	Grupo de control (N = 405)	Grupo de tratamiento (N = 407)	Valor P
Duración del embarazo: núm. (%)†			
<32 semanas	18 (4,4)	10 (2,5)	0,13
<35 semanas	26 (6,4)	22 (5,4)	0,56
<37 semanas	52 (12,8)	49 (12,0)	0,75
Peso al nacer			
Peso total: g	3.258±575	3.239±586	0,64
<2.500 g: núm./núm. total (%)	43/403 (10,7)	40/406 (9,9)	0,73
<1.500 g: núm./núm. total (%)	15/403 (3,7)	8/406 (2,0)	0,14
Pequeño para la edad gestacional (10º percentil): núm./núm. total (%)	48/391 (12,3)	51/402 (12,7)	0,91
Longitud al nacer: cm	49,9±4,1	49,9±3,8	0,84
Índice de Apgar: núm./núm. total (%)‡			
<7 a 1 min	27/383 (7,0)	37/394 (9,4)	0,13
<7 a 5 min	3/383 (0,8)	4/394 (1,0)	0,74
Ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales: núm./núm. total (%)			
Núm. total de admisiones	31/389 (8,0)	45/397 (11,3)	0,12
Duración de la internación >2 días	22/389 (5,7)	30/397 (7,6)	0,32
Alta con vida	30/31 (96,8)	44/45 (97,8)	1,00
Nacimientos con vida: núm. (%)			
Total 391 (96,5)	402 (98,8)		
Prematuro§			
<32 semanas	5 (1,3)	6 (1,5)	1,0
<35 semanas	12 (3,1)	18 (4,5)	0,35
<37 semanas	38 (9,7)	44 (10,9)	0,64
Preeclampsia: núm. (%)¶	20 (4,9)	31 (7,6)	0,15
Mejora en las condiciones periodontales•			
Profundidad de sondeo inicial en sitios de 4 a 6 mm-mm	0,38±0,02	0,88±0,02	<0,001
Profundidad de sondeo inicial en sitios ≥7 mm-mm	1,07±0,14	1,84±0,14	<0,001
Sitios con pérdida de inserción clínica ≥2 mm: %	0,84±0,85	9,72±0,87	<0,001
Sitios con sangrado ante el sondeo: %	2,1±0,7	22,7±0,7	<0,001

* Los números de pacientes de los grupos de estudio no incluyen las pacientes que no finalizaron el seguimiento o se retiraron del estudio. Las dos mujeres que realizaron abortos optativos fueron consideradas como pacientes que no finalizaron el seguimiento a partir del momento del aborto. En los análisis de peso al nacer, largo al nacer, tamaño para la edad gestacional, índices de Apgar, internaciones en la unidad de cuidados intensivos neonatales y tasa de partos prematuros se incluyeron 391 pacientes del grupo de control y 402 del grupo de tratamiento (es decir, se excluyeron los casos de aborto espontáneo o muerte fetal). Los valores más-menos son valores medios ±SD, excepto cuando se indica lo contrario.

† Los valores P de esta categoría se calcularon con el uso del test exacto de Fisher.

‡ Los valores P para los índices de Apgar se calcularon con la prueba de rango Wilcoxon.

§ Esta categoría incluye todos los nacimientos prematuros con vida en el período gestacional especificado. Los porcentajes se calcularon como una fracción de todos los nacimientos con vida.

¶ Esta categoría incluye pacientes con hipertensión asociada al embarazo detectada entre 4 horas y 14 días después de un episodio de proteinuria asociada con el embarazo en mujeres sin historia de hipertensión o proteinuria; pacientes con hipertensión asociada con el embarazo en conjunto con edema pulmonar o trombocitopenia (<100.000 plaquetas por milímetro cúbico); y pacientes con síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento plaquetario (HELLP).

• Los valores más-menos de esta categoría son valores medios ±SE. El número es el valor de base menos el valor en el seguimiento.

nacimiento con vida prematuro ($P=0,51$) ni de aborto espontáneo o muerte fetal ($P=0,08$). Cuando se incluyeron todos los abortos espontáneos o muertes fetales (5 en el grupo de tratamiento y 14 en el grupo de control) en un análisis de riesgos competitivos, el valor P fue 0,04. No se encontraron diferencias significativas en los índices de las variables secundarias, incluso la preeclampsia (*Tabla 2*).

Variables de cumplimiento y variables periodontales clínicas

En total, 630 pacientes (77%) no asistieron a más de una de las seis consultas de seguimiento del estudio. Entre las pacientes del grupo de tratamiento, 395 (96%) recibieron tratamiento periodontal, con una duración promedio de 127 minutos. El tratamiento periodontal mejoró todos los aspectos clínicos de la enfermedad (*Tabla 2*).

Sucesos adversos

Los grupos de tratamiento y control presentaron números similares de sucesos adversos médicos graves, entre los que se incluyó la hospitalización por más de 24 horas debido a dolores de parto, hospitalización por otras razones, anomalías congénitas en el neonato, abortos espontáneos, muerte fetal o muerte neonatal (37 pacientes [9,0%] en el grupo de tratamiento y 41 [10%] en el grupo de control, $P=0,64$). 22 sucesos fueron hospitalizaciones en las cuales las participantes fueron dadas de alta antes del parto. Los hijos de 13 mujeres del grupo de tratamiento y 7 mujeres del grupo de control presentaron anomalías congénitas. No hubo casos de muerte materna; se registró un caso de muerte neonatal en el grupo de tratamiento y dos en el grupo de control ocasionadas por complicaciones derivadas de la premadurez extrema.

Un total de 3 pacientes del grupo de tratamiento y 6 del grupo de control presentaron pérdida de inserción clínica generalizada, y 48 pacientes del grupo de tratamiento y 45 del grupo de control presentaron pérdida de inserción clínica localizada después del examen de base. Las pacientes con progresión generalizada de la enfermedad periodontal fueron tratadas antes del parto con las siguientes técnicas: se realizó raspado y alisado radicular de toda la boca en 1 paciente del grupo de tratamiento y 2 del grupo de control, se realizó alisado radicular y se aplicaron antibióticos sistémicos en 1 paciente del grupo de control, y se aplicaron antibióticos sistémicos a 1 paciente del grupo de tratamiento. 3 pacientes recibieron tratamiento después del parto y 1 lo rechazó. En general,

sólo se registró pérdida de inserción clínica en una porción reducida de sitios dentales (0,17% en el grupo de tratamiento y 0,28% en el grupo de control, $P=0,17$).

Análisis adicionales de los desenlaces de los embarazos

También se realizaron varios análisis post hoc (*Figura 3*). Como es posible que el tratamiento sólo mejore los desenlaces del embarazo en mujeres con enfermedad grave, se realizaron análisis que sólo incluyeron a las pacientes con sangrado gingival extendido (el tercio o los dos tercios más altos de pacientes en término del porcentaje de sangrado ante el sondeo en la línea de base) o que presentaban bolsas periodontales (el tercio más alto en términos del porcentaje de sitios con profundidad de sondeo ≥ 4 mm). En estos subgrupos, el riesgo de parto prematuro no difirió significativamente entre los grupos de tratamiento y control (*Figura 3*). Si bien en este estudio la frecuencia de partos prematuros fue mayor que en los estudios anteriores sobre tratamiento periodontal,^{14,15} también se realizaron análisis que sólo incluían mujeres con historia de parto pretérmino, aborto espontáneo o inducido, o muerte fetal, los cuales arrojaron resultados similares (*Figura 3*).

La falta de cumplimiento con el tratamiento del estudio puede haber debilitado el efecto del tratamiento. Sin embargo, no se observaron efectos significativos del tratamiento periodontal sobre el riesgo de parto prematuro en los dos sitios con mayor índice de cumplimiento (Minnesota y Kentucky) y los mayores efectos de tratamiento periodontal o entre el subgrupo de pacientes que asistió a cuatro o más consultas de seguimiento (*Figura 3*).

Otra posibilidad es que el tratamiento periodontal no tuviera un efecto lo suficientemente efectivo sobre la periodontitis como para afectar el desenlace del nacimiento. Sin embargo, tampoco se observaron efectos significativos del tratamiento sobre las cifras de parto prematuro en los análisis donde se compararon todas las pacientes del grupo de control con las que mejor habían respondido al tratamiento, definidas por el tercio más alto de reducción proporcional en el porcentaje de sangrado ante el sondaje (es decir, con una reducción de al menos 40%; $P=0,59$) (*Figura 3*); el menor porcentaje residual de sangrado ante el sondaje después del tratamiento (35,7% o menos, $P=0,26$); o una condición periodontal posterior al tratamiento que no cumpliera con los criterios de selección para el

estudio, la cual se observó en unas 178 pacientes del grupo de tratamiento (P= 0,48).

Discusión

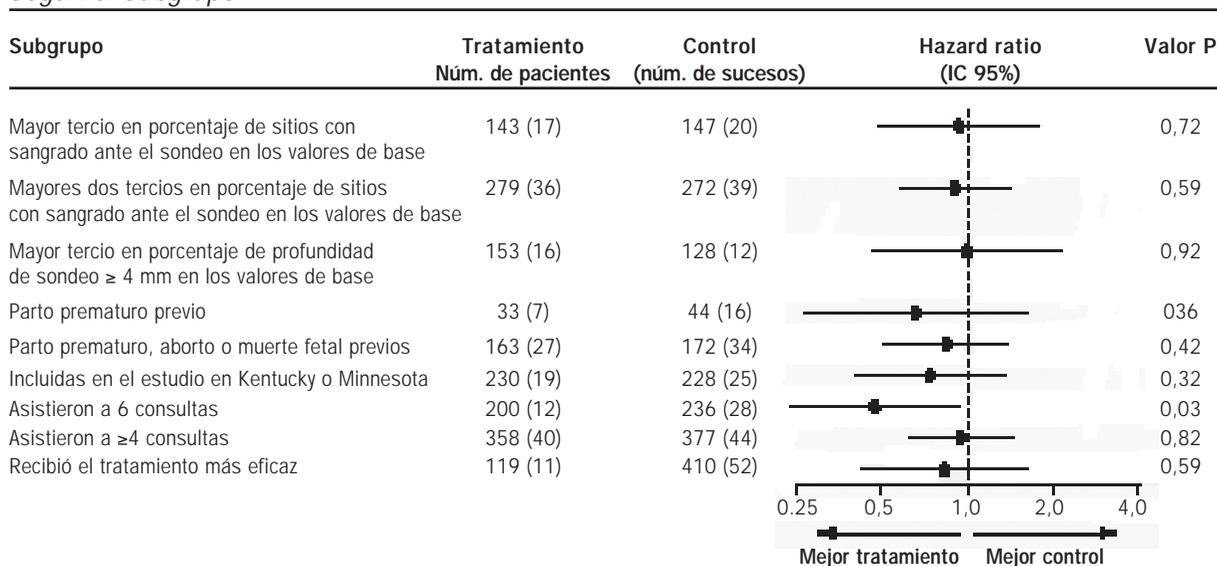
No se observó que el raspado y alisado radicular antes de las 21 semanas de gestación, en conjunto con un pulido dental mensual, alterara significativamente el riesgo de parto prematuro antes de las 37 semanas, aumentara el peso al nacer, mejorara los índices de Apgar ni redujera la tasa de internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales o la proporción de neonatos pequeños para la edad gestacional. El tratamiento mejoró los aspectos clínicos de la enfermedad periodontal y no estuvo asociado con sucesos médicos adversos.

Estos resultados no son consistentes con los informes de dos estudios aleatorios previos sobre el tratamiento periodontal durante el embarazo. Jeffcoat y col.¹⁴ realizaron una asignación aleatoria de 366 embarazadas a uno de tres grupos. Al primer grupo se le efectuó raspado y alisado radicular y recibió metronidazol, el segundo grupo recibió una limpieza y placebo, y el tercer grupo recibió raspado y alisado radicular y placebo durante 7 días. Los partos prematuros (antes de 35 semanas y antes de 37 semanas de gestación) fueron menos en el grupo en el que se realizó raspado y alisado y al que se suministró placebo, pero no fueron significativamente diferentes entre los tres grupos. Dado que no se informaron datos sobre la efectividad del tratamiento periodontal

en sí, no es posible comparar el efecto del tratamiento en dicho estudio con el nuestro.

En un estudio entre mujeres chilenas, principalmente de estrato socioeconómico bajo,¹⁵ el tratamiento periodontal redujo significativamente la tasa de parto prematuro (1,1% en el grupo tratado y 6,4% en el grupo de control, P= 0,02). Sin embargo, deben mencionarse varias diferencias entre este estudio y el nuestro. Mientras que el estudio chileno incluyó pacientes de origen hispano e indígena, el nuestro abarcó una variedad más amplia, procedente de cuatro ubicaciones en los Estados Unidos. En el grupo chileno también se obtuvo una respuesta promedio al tratamiento periodontal mayor que en nuestro estudio, lo cual podría estar asociado con el uso de enjuagues bucales con clorhexidina y antibióticos sistémicos (18% de las pacientes recibieron amoxicilina y metronidazol) en el estudio chileno. En nuestro estudio, en cambio, no se utilizó ningún agente por las siguientes razones: si bien la clorhexidina reduce el sangrado gingival,²⁴ su efecto sobre la periodontitis es leve²⁵ y provoca manchas dentales que pueden desenmascarar el tratamiento. Los antibióticos sistémicos, aunque son complementos útiles en los casos de periodontitis grave,²⁶ pueden provocar infecciones no orales y confundir los efectos del tratamiento periodontal local sobre los desenlaces del embarazo. Además, el estudio de Jeffcoat y col. sugiere que el uso de antibióticos sistémicos después del alisado radicular no afecta significativamente las condicio-

Figura 3. Riesgo relativo de la finalización del embarazo antes de las 37 semanas, según el subgrupo



Todas las razones de riesgo comparan las pacientes del grupo de tratamiento con las del grupo de control. Para el análisis de cada subgrupo, el círculo representa la razón de riesgo estimada, y la línea horizontal es el IC de 95%.

nes de nacimiento. Por último, a pesar de que los antibióticos que se aplican en la bolsa periodontal aumentan la respuesta al alisado radicular,²⁷ todos los productos disponibles en los Estados Unidos son derivados de tetraciclina y están contraindicados durante el embarazo. Sin embargo, la respuesta a nuestro tratamiento, en términos de reducción media de la profundidad de sondeo y la pérdida de inserción, es consistente con las mejoras luego del raspado y el alisado radicular informada en pacientes no embarazadas.^{28,29}

Es posible que el cuidado periodontal haya sido comenzado en un momento del embarazo demasiado avanzado como para afectar los resultados. Sin embargo, el momento en que se aplicó el tratamiento fue similar al utilizado en dos estudios aleatorios previos. Se necesitarían estudios adicionales para determinar si la realización de un tratamiento periodontal en un momento más temprano del embarazo o antes de la concepción mejoraría las condiciones del nacimiento.

Un teoría que vincula la periodontitis con el desenlace del embarazo postula que las bacterias orales afectan la placenta, las membranas o el líquido amniótico mediante vías sanguíneas y, por lo tanto, generan una reacción inflamatoria que deriva en el parto prematuro.³⁰ No evaluamos la bacteriemia, pero hay informes recientes en los que se pone en duda esta teoría. Por ejemplo, si bien se demostró en un informe que la prevalencia de la enfermedad periodontal era mayor en las madres con partos prematuros que en aquellas con partos a término,⁷ se detectaron patógenos periodontales en sólo 2 de 59 madres con parto prematuro y 3 de 44 madres con parto a término. En otro estudio, no fue posible detectar bacterias periodontales en el líquido amniótico de pacientes con periodontitis y parto prematuro, aunque con frecuencia se detectaron estos micro-organismos en la placa dental.³¹ Además, no se estableció una asociación entre la presencia de *Fusobacterium nucleatum* en la placa dental y en muestras de hisopado vaginal con la presencia de bacterias en el líquido amniótico.³²

A partir del IC de 95% de la razón de riesgo correspondiente al parto prematuro en las pacientes del grupo de tratamiento en comparación con aquellas del grupo de control (0,63 a 1,37), no es posible descartar un leve aumento o una reducción en el riesgo de parto prematuro con tratamiento periodontal. Se observó una reducción no significativa en los índices de aborto espontáneo o muerte fetal con el tratamiento periodontal. En otros infor-

mes, se ha vinculado la enfermedad periodontal^{12,33} y otras infecciones maternas no uterinas^{34,35} con un mayor riesgo de aborto. Sin embargo, tenemos nuestras precauciones sobre este dato, puesto que en nuestro estudio sólo se registraron 19 casos de aborto espontáneo o muerte fetal, y que comenzamos a evaluar las tasas de pérdida de embarazo anterior (con un análisis de riesgos competitivos) sólo después de que ocurrieran 7 casos de este tipo.

En resumen, el tratamiento de la periodontitis en pacientes embarazadas es un procedimiento seguro y eficaz para mejorar la enfermedad periodontal. Sin embargo, no alteró significativamente las tasas de parto prematuro, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal o preeclampsia.

Financiado con una asignación (UO1 DE014338, al Dr. Michalowicz) del National Institute of Dental and Craniofacial Research. No se informaron conflictos de intereses potenciales respecto de este artículo.

Agradecemos a quienes participaron en el estudio, al organismo de control de datos y seguridad, en el que participaron el director Robert Hardy, Paul Meis, Michael Varner, Carl D'Angio, Raúl García, Gary Armitage y Mark Conaway, a Richard Mowery y Bruce Pihlstrom del National Institute of Dental and Craniofacial Research, y a Alice Curran por su ayuda para la planificación de este estudio.

Apéndice

Además de los autores, los siguientes investigadores participaron del estudio OPT: *Universidad de Minnesota, Minneapolis*: A. Deinard, H. Voelker, J. Osborn, I. Olson, Y. He, Q. Cao, L. Wolff, E. Delmore, S. Wewerka; *Centro médico del condado de Hennepin, Minneapolis*: L. Simpson, J. Anderson, K. Meyer, J. Danielson, T. Thompson; *Universidad de Kentucky, Lexington*: D. Dawson, A. Buehl, D. Mischel, P. Stein, L. Cunningham; *Universidad de Mississippi, Jackson*: S. Vance, G. Young, A. Garner, N. Wood, K. Holmes; y *Harlem Hospital, Columbia University, Nueva York*: S. Lassiter, J. Mays, J. Jackson, E. Rijo, M. Bolden, C. Spicer.

Referencias

1. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2003. Natl Vital Stat Rep 2005; 54:1-116.
2. MacDorman MF, Martin JA, Mathews TJ, Hoyert DL, Ventura SJ. Explaining the 2001-02 infant mortality increase: data from the linked birth/infant death data set. Natl Vital Stat Rep 2005; 53:1-22.

3. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA* 2002; 288:728-37.
4. Vohr BR, Wright LL, Dusick AM y col. Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 1993-1994. *Pediatrics* 2000; 105:1216-26.
5. Iams JD, Goldenberg RL, Mercer BM y col. The Preterm Prediction Study: can low-risk women destined for spontaneous preterm birth be identified? *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:652-5.
6. Boggess KA, Lief S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003; 101:227-31.
7. Goepfert AR, Jeffcoat MK, Andrews WW y col. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol* 2004; 104:777-83.
8. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP y col. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 107:29-36. [Errata, *Obstet Gynecol* 2006; 107:1171.]
9. Collins JG, Windley HW III, Arnold RR, Offenbacher S. Effects of a *Porphyromonas gingivalis* infection on inflammatory mediator response and pregnancy outcome in hamsters. *Infect Immun* 1994; 62:4356-61.
10. Yeo A, Smith MA, Lin D y col. *Campylobacter rectus* mediates growth restriction in pregnant mice. *J Periodontol* 2005; 76:551-7.
11. Davenport ES, Williams CE, Sterne JA, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis MA. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. *J Dent Res* 2002; 81:313-8.
12. Moore S, Ide M, Coward PY y col. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. *Br Dent J* 2004; 197:251-8.
13. Noack B, Klingenberg J, Weigelt J, Hoffmann T. Periodontal status and preterm low birth weight: a case control study. *J Periodontol* 2005; 76:339-45.
14. Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC y col. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol* 2003; 74:1214-8.
15. Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol* 2002; 73:911-24.
16. Hujoel PP, Lydon-Rochelle M, Robertson PB, del Aguila MA. Cessation of periodontal care during pregnancy: effect on infant birthweight. *Eur J Oral Sci* 2006; 114:2-7.
17. Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC y col. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. *N Engl J Med* 2000; 342:534-40.
18. Pihlstrom BL, Wolff LF, Bakdash MB y col. Salt and peroxide compared with conventional oral hygiene. I. Clinical results. *J Periodontol* 1987; 58:291-300.
19. Loe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *J Periodontol* 1967; 38: Suppl:610-6.
20. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc* 1964; 68:7-13.
21. Thomson WM, Slade GD, Beck JD, Elter JR, Spencer AJ, Chalmers JM. Incidence of periodontal attachment loss over 5 years among older South Australians. *J Clin Periodontol* 2004; 31:119-25.
22. Gray RJ. A class of K-sample tests for comparing the cumulative incidence of a competing risk. *Ann Stat* 1988; 16:1141-54.
23. DeMets DL, Lan KK. Interim analysis: the alpha spending function approach. *Stat Med* 1994; 13:1341-52.
24. Loe H, Schiott CR, Karring G, Karring T. Two years oral use of chlorhexidine in man. I. General design and clinical effects. *J Periodontol Res* 1976; 11:135-44.
25. Bonito AJ, Lux L, Lohr KN. Impact of local adjuncts to scaling and root planing in periodontal disease therapy: a systematic review. *J Periodontol* 2005; 76:1227-36. [Errata, *J Periodontol* 2006; 77:326.]
26. Mombelli A, Samaranayake LP. Topical and systemic antibiotics in the management of periodontal diseases. *Int Dent J* 2004; 54:3-14.
27. Pavia M, Nobile CG, Angelillo IF. Meta-analysis of local tetracycline in treating chronic periodontitis. *J Periodontol* 2003; 74:916-32.
28. Cobb CM. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. *J Clin Periodontol* 2002; 29(Suppl 2):6-16.
29. Preshaw PM, Hefti AF, Jepsen S, Etienne D, Walker C, Bradshaw MH. Subantimicrobial dose doxycycline as adjunctive treatment for periodontitis: a review. *J Clin Periodontol* 2004; 31:697-707.
30. Gibbs RS. The relationship between infections and adverse pregnancy outcomes: an overview. *Ann Periodontol* 2001; 6:153-63.
31. Dortbudak O, Eberhardt R, Ulm M, Persson GR. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. *J Clin Periodontol* 2005; 32:45-52.
32. Bearfield C, Davenport ES, Sivapathasundaram V, Allaker RP. Possible association between amniotic fluid micro-organism infection and microflora in the mouth. *BJOG* 2002; 109:527-33.
33. Farrell S, Ide M, Wilson RF. The relationship between maternal periodontitis, adverse pregnancy outcome and miscarriage in never smokers. *J Clin Periodontol* 2006; 33:115-20.
34. Omwandho CO, Gruessner SE, Tinneberg HR. Early pregnancy loss and neonatal deaths associated with *Klebsiella pneumoniae* infection: a mini review of possible occupational health risk. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 273:258-60.
35. Andersen B, Nielsen TF. Appendicitis in pregnancy: diagnosis, management and complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78:758-62.

Copyright © 2006 Massachusetts Medical Society.

PROGRAMA MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA

Este programa, cuyos enunciados siguen a continuación, se ofrece al lector como el Editorial de este número. Motiva esta decisión la fuerte convicción de toda la gente de la Maternidad Sardá de que este programa es una obligación ya impostergable, como concepción filosófica y ética de la asistencia perinatal.

Dr. Miguel Larguía

Programa presentado en el Curso Anual de Perinatología 2006 por:

Dra. Evangelina Dipietrantonio**, *Dr. Javier Meritano, *Dr. Tomás Guanella**,
*Dra. Constanza Soto Conti***, *Dra. Paula Cocha**, *Dra. Marcela Zárate***,
Obstétrica Dalma Cáceres, *Dra. Natalia Basualdo**, *Dr. Alejandro Dinerstein***,
*Lic. María Aurelia González**** y *Lic. María Rosa Ramirez******

1. Obtener un consenso y compromiso institucional para la concepción filosófica y ética del Programa Maternidades Centradas en la Familia

Se entiende que esta responsabilidad incluye a todas las personas que trabajan en las maternidades, cualquiera sea su función.

El consenso que se aspira alcanzar consiste en reconocer como verdaderos "dueños de casa" a las mujeres embarazadas, luego púerperas y a sus hijos antes y después de nacer, en el contexto de sus grupos familiares. Así entendido todos los agentes de salud coordinan su accionar en función de su atención integral.

2. Adherir a los diez principios del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) destinado a la asistencia materno infantil en esta región de América.

3. Obtener la Acreditación de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Iniciativa de UNICEF/OMS/ Ministerio de Salud de la Nación, para la promoción y protección de la lactancia materna como expresión de apoyo y respeto institucional por la madre que amamanta.

4. Ofrecer y garantizar un adecuado control preconcepcional y prenatal de acuerdo con las Guías del Ministerio de Salud de la Nación, entendiéndose a tales como acciones prioritarias para mejorar la salud materno infantil.

www.msal.gov.ar.

5. Aplicar las intervenciones demostradas como beneficiosas y descartar las perjudiciales de acuerdo a los conceptos actuales de Medicina Basada en la Evidencia y actualizadas anualmente en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dentro de esta concepción se debe priorizar la Desmedicalización del Parto normal, con especial énfasis en la participación de la familia y la admisión de acompañante en sala de partos como expresión básica.

6. Ofrecer Planificación Familiar y educación para la salud en el marco de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva Nacional y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

7. Alentar y posibilitar la participación activa de la Familia con acciones tales como:

- Ingreso de la pareja o acompañante a la consulta externa durante el control prenatal y durante la internación de la mujer embarazada si la hubiere.

* HMIRS. Servicio de Obstetricia.

** HMIRS. Servicio de Neonatología.

*** HMIRS. Servicio de Salud Mental.

- Ingreso con un horario ampliado de la familia a los sectores de internación conjunta Madre-Hijo Recién Nacido sano con recepción e información por los médicos de planta y otros agentes de salud.
- Ingreso irrestricto de los padres a los sectores de internación neonatológica con posibilidad de acceder a una Residencia Hogar para Madres para su estadía posterior al alta obstétrica, condición fundamental para su participación activa.
- Organizar la Visita de Hermanos y Abuelos con un programa especial dirigido por Salud Mental.

Guía para la Transformación de Maternidades Convencionales en Maternidades Centradas en la Familia. Buenos Aires, Ed. FUN, 2006.

8. Ofrecer Programas de Apoyo y seguimientos especializados con contenidos de educación y prevención en salud para:

- Futuros padres.
- Madres-Padres adolescentes.
- Padres de prematuros.
- Familias con alguna patología.
- Otros.

9. Organizar y adecuar la información para las familias en todos los sectores de la Maternidad asegurando su comprensión, actualización y oportunidad, garantizando la privacidad que exija.

Se entiende que esta responsabilidad incluye a todos los agentes de salud que actuaran en forma interdisciplinaria.

10. Incorporar a la comunidad al Programa en la forma de servicios de voluntarios para la cobertura de las necesidades de las familias fortaleciendo su protagonismo.

11. Remodelar la planta física de manera de ofrecer una ambientación hogareña y las comodidades necesarias para la asistencia materno infantil, respetando la idiosincrasia y la cultura de la población y el derecho a la equidad.

Se incluye en este punto la reorganización del Centro Obstétrico con salas de trabajo de parto, parto y recuperación (TPR) para la asistencia del parto normal. También propone áreas de juego para hermanos en consultorios externos al igual que aulas para educación para la salud, etc.

12. Prevenir toda forma de maltrato institucional que pueda transformar las maternidades en hospitales expulsivos o no respetuosos de la dignidad humana.

También se debe cuidar la salud de los profesionales evitando su desgaste emocional y cualquier forma de conflicto interpersonal que atente a los objetivos del programa.